В.Д.Менделевич

# НАРКОЗАВИСИМОСТЬ и коморбидные расстройства поведения



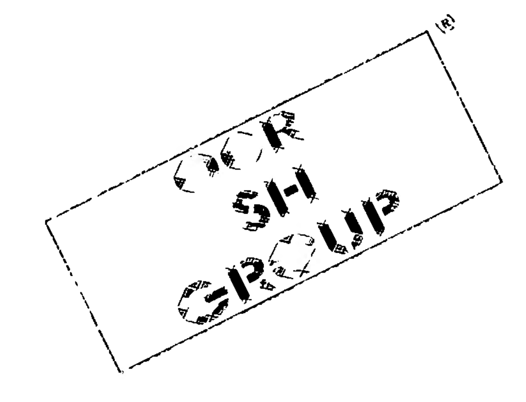



*В.Д.Менделевич*

# НАРКОЗАВИСИМОСТЬ И КОМОРБИДНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ

## (психологические и психопатологические аспекты)

Москва
«МЕДпресс-информ»
2003



УДК 616.89-008.441
ББК 56.14
М50



М50 **В.Д.Менделевич**
Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологические и психопатологические аспекты). – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 328 с.
ISBN 5-901712-67-6

В монографии на основании результатов собственных клинико-психопатологических и патопсихологических исследований и анализа современных представлений о девиантных формах поведения подробно излагается разрабатываемая автором концепция зависимой личности и расстройств зависимого поведения. Обосновывается позиция о том, что наркозависимость не является изолированным психопатологическим явлением, а есть отражение специфической личностной предиспозиции к зависимому поведению в целом. В книге описываются характерные признаки зависимой личности, склонной к формированию алкоголизма, наркомании, никотинизма и других коморбидных форм зависимого поведения. Описана структура зависимой личности, приведены и охарактеризованы ее типичные психологические особенности: инфантилизм, внушаемость, прогностическая некомпетентность, ригидность, страх быть покинутым и другие. Особое место занимает анализ зависимого от психоактивных веществ девиантного поведения. Приведены клинические признаки наркотической и алкогольной зависимостей, принципы и техники профилактики, психотерапии и психофармакотерапии. Приводятся клинические и экспериментально-психологические корреляции наркозависимости с иными формами зависимого поведения – пищевой, сексуальной, игровой. Рассматривается связь зависимого поведения с психопатологическими симптомами, а также с отдельными психическими расстройствами и заболеваниями (эпилепсией, шизофренией, биполярным аффективным расстройством).

Монография адресована специалистам психиатрам, наркологам, клиническим психологам, психотерапевтам, педагогам и социальным работникам, участвующим в оказании медико-психологической помощи наркозависимым. Книга может использоваться студентами, изучающими психологические и медицинские науки.

УДК 616.89-008.441
ББК 56.14

ISBN 5-901712-67-6

# ОГЛАВЛЕНИЕ

# ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на активнейший научный поиск, предпринимаемый специалистами различных областей знаний и направленный на выявление основных причин и факторов, вызывающих формирование наркотической зависимости, до настоящего времени серьезных прорывов в данной области, к сожалению, не наблюдается. По-прежнему лишь малый процент страдающих наркоманией возвращается к нормальной здоровой жизни, полностью избавляется от признаков физической и психической зависимости. Можно предполагать, что отсутствие эффекта терапии и коррекции наркозависимости связано в первую очередь с существующими теоретико-методологическими изъянами. В научных исследованиях крайне незначительно представлен истинно комплексный и системный подходы к решению проблемы, отсутствуют взаимодополняющие социобиопсихологические исследования. Кроме того, продолжает фактически игнорироваться позиция, указывающая на то, что *наркозависимость не является изолированным психопатологическим явлением, а есть отражение личностной предиспозиции к зависимому поведению в целом*. Естественно, утверждая это, мы имеем в виду не так называемое физическое влечение к наркотику, возникающее исключительно по биологическим механизмам, а первоначальный этап и сквозной феномен формирования пристрастия к наркотику — становление психологической зависимости от психоактивного вещества, обнаружение в нем самом (или в процессе его употребления) искомых качеств, которые позволяют человеку испытывать эмоциональный комфорт.

Под **зависимым поведением** мы понимаем разновидность девиантного поведения, характеризующегося непреодолимой подчиненностью собственных интересов интересам другой личности или группы, чрезмерной и длительной фиксацией внимания на определенных видах деятельности или предметах (фетишах), становящихся сверхценными, снижением или нарушением способности контролировать вовлеченность в какую-либо деятельность, а также невозможностью быть самостоятельным и свободным в выборе поведения. Считается, что в структуре каждой зависимости можно отметить признаки увеличения толерантности, прогрессирующее забвение альтернативных интересов, продолжение зависимого поведения, несмотря на его очевидные вредные последствия, абстинентный синдром. Зависимое поведение может формироваться на базе аддиктивного, патохарактерологического и психопатологического типов девиантного поведения. При аддиктивной форме зависимое поведение формируется в связи с гедонистической мотивацией (феноменом «жажды острых ощущений» по В.А.Петровскому), при патохарактерологическом основывается на одном из типов личностно-

го расстройства или нередко на гипертимной или шизоэпилептоидной акцентуациях характера, при психопатологическом — на базе основных симптомов психических заболеваний.

К зависимому поведению относят: зависимость от психоактивных веществ (алкоголя, опиоидов, каннабиоидов, седативных и снотворных веществ, кокаина, стимуляторов, включая кофеин, галлюциногенов, табака, летучих растворителей), от приема пищи (анорексия, булимия), сексуальные девиации и перверсии (парафилии), патологическую склонность к азартным играм (гемблинг), воровству, поджогам, бродяжничеству, фанатизм как зависимость от референтной группы, лидера, созависимость как зависимость отношений и пр.

В настоящее время отсутствуют общепризнанные критерии диагностики зависимого поведения и дифференциальной диагностики патологических и непатологических форм зависимостей. Можно предполагать, что основой дифференциации являются не количественные, но качественные признаки. К признакам патологического зависимого поведения можно отнести наличие эпизодов измененных состояний сознания при реализации зависимости, непреодолимость зависимости, невозможность противостоять стремлению его реализовать, стереотипизация поведения и «синдром отмены».

Спорным остается вопрос о связи зависимого поведения с наличием черт зависимой личности, к которым относят в случае зависимого личностного расстройства по МКБ-10: 1) неспособность принимать решения без советов других людей; 2) готовность позволять другим принимать важные для него решения; 3) готовность соглашаться с другими из страха быть отвергнутым, даже при осознании, что они не правы; 4) затруднения начать какое-то дело самостоятельно; 5) готовность добровольно идти на выполнение унизительных или неприятных работ с целью приобрести поддержку и любовь окружающих; 6) плохая переносимость одиночества — готовность предпринимать значительные усилия, чтобы его избежать; 7) ощущение опустошенности или беспомощности, когда обрывается близкая связь; 8) охваченность страхом быть отвергнутым; 9) легкая ранимость, податливость малейшей критике или неодобрения со стороны. К характеристикам зависимой личности вне личностного расстройства можно отнести такие индивидуально-психологические параметры как инфантильность, внушаемость и подражательность, прогностическая некомпетентность, ригидность и упрямство, наивность, простодушие и чувственная непосредственность, любопытство и высокая поисковая активность, максимализм, эгоцентризм, яркость воображения, впечатлений и фантазий, нетерпеливость, склонность к риску и «вкус опасности», страх быть покинутым, что и будет подробно описано в нижеследующих главах данной монографии.

Несомненно, что научные факты и результаты, которые имеются на настоящий момент и которые могут быть получены в дальнейшем при биологических, нейрохимических, психофизиологических

и некоторых иных исследованиях позволят лучше понять механизмы патогенеза наркомании как заболевания. Однако это не сможет прояснить сути вопроса – появления и становления первопричинной психологической зависимости от наркотика. Даже если удастся с помощью лекарственных средств или иных биологических способов нормализовать биохимический баланс у наркомана, то проблема его зависимости не решится сама собой. Личностная готовность к зависимому поведению не может быть устранена психофармакологически.

Данное монографическое исследование исходит из нескольких научных позиций. Во-первых, мы считаем, что *наркозависимость есть личностная девиация (расстройство поведения)*, формирующаяся по нескольким – а не единому – механизмам: делинквентному, аддиктивному, патохарактерологическому, психопатологическому и на базе гиперспособностей. В монографии упор делается на аддиктивный механизм, т.е. из круга анализируемых явлений исключается становление наркозависимости на базе явных (выраженных) акцентуаций характера, личностных расстройств, психопатологических симптомов и синдромов. Во-вторых, наркозависимость, возникающая вследствие аддиктивного механизма, отражает сущностное значение индивидуальной предиспозиции в виде доминирования качеств зависимой личности. В этом ракурсе, ***наркозависимость можно рассматривать как один из вариантов зависимого поведения, имеющего коморбидность с иными зависимыми формами девиантного поведения.***

Понятие коморбидности, изложенное в работе, базируется не столько на традиционном представлении о сочетаемости патологии – «соболезненности», сколько на представлении об этиопатогенетическом единстве большинства форм зависимого поведения.

Заявленная и разрабатываемая проблема представляет интерес и значимость своим социальным ракурсом. Отклоняющееся поведение подростков и молодежи в современном российском обществе становится одной из наиболее значимых в плане тех негативных социально-психологических последствий, которые такое поведение может вызывать. Особенно острой считается проблема наркотизации молодежи, употребление и злоупотребление наркотическими веществами, алкоголем и табаком, что способно приводить не только к криминальным действиям подростков, но и к саморазрушающему поведению, нарушению их адаптации в семье, учебном заведении, обществе.

Решение перечисленных проблем не лежит на поверхности. В их искоренении нет легких путей. Не вызывает сомнений тот факт, что с нарастающей наркотизацией подростков и молодежи невозможно справиться исключительно социальными запретительными мерами, изоляцией или репрессиями. К тому же, опыт зарубежных стран подсказывает, что проблема приобщения ребенка или подростка к наркотикам, табаку или алкоголю напрямую не связана с внешними социальными факторами. Мифы о том, что можно «споить» народ

целой страны или провести диверсию против государства и «посадить на иглу» тысячи или миллионы людей, к счастью, перестают быть популярными. Ведь известно, что даже в самых социально защищенных и благополучных обществах количество употребляющих психоактивные вещества людей высокое. Интерес представляет и тот факт, что представители различных социальных слоев в сопоставимо равной степени подвержены наркотизации. Их доход, культура и прочие внешние факторы не являются гарантией от пагубного пристрастия.

Следовательно, можно констатировать, что названная проблема в большей степени и в основном является психологической, личностной, а не социальной или медицинской. Без точного научного понимания того, какая именно личность, какой именно подросток потенциально подвержен наркотизации, кто вероятнее всего станет алкоголиком или наркоманом, какие особенности воспитания в семье способны привести к этому невозможно остановить процесс наркотизации населения в целом.

Многие вопросы учеными уже разрешены. Многие еще требуют своего осмысления. Важно лишь одно: желание понять и беспристрастно изучить эту проблему, уйти от сентенциозности, нравоучений, поиска внешней ответственности за наркотизацию. И лишь на такой базе строить всю систему профилактики наркотизации.

Представленная на суд читателей книга отражает именно такой подход. Автор постарался проанализировать ситуацию объективно и беспристрастно. Некоторые данные почерпнуты из исследований коллег, большая же часть материала и выводов базируется на результатах собственных практических и теоретических изысканий.

Книга адресована специалистам, которые в процессе своей профессиональной деятельности сталкиваются с подростками и молодежью, употребляющими психоактивные вещества. Автор приводит различные точки зрения на заявленную проблему. Заинтересованные читатели – психологи, медики-психиатры, наркологи, психотерапевты, педагоги, социальные работники, представители правоохранительных органов – могут самостоятельно оценить и выбрать наиболее убедительные с их точки зрения и эффективные меры профилактики, коррекции и терапии наркотизации, приведенные в книге.

Однако одной лишь наркотизацией не исчерпывается тема данного исследования. Центральным звеном выступает личность подростка, которая либо препятствует, либо способствует тому, что он станет зависимым от психоактивного вещества. Формирование личностного качества ***зависимости или независимости*** рассматривается основополагающим в становлении алкоголизма, наркомании и иных форм зависимостей. Следовательно, прежде чем противостоять распространению этих болезней-девиаций следует в первую очередь обратиться к анализу личности подростка и попытаться понять как и почему формируется потенциальный «алкоголик», «курильщик» или «наркоман».

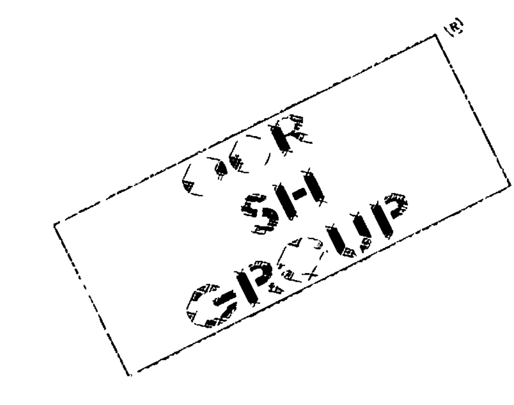
В основу данной работы положена **концепция зависимой личности**, разрабатываемая автором на протяжении последних лет, сутью которой является представление о том, что не существует кардинальных различий и специфических личностных или характерологических особенностей, предрасполагающих к алкоголизму, табакокурению, наркомании или к сверхценному увлечению азартными играми, виртуальной реальностью (интернетом). Есть общие для всех форм зависимостей базовые характеристики зависимой личности. Формирование же конкретной зависимости – во многом случайный процесс. Следовательно, без знания и понимания структуры и особенностей личности, склонной к зависимому девиантному поведению невозможна ни эффективная профилактика, ни коррекция, ни терапия. На анализ этих важных характеристик личности подростка и молодого человека и направлена данная книга.

Мы посчитали нецелесообразным и излишним описывать в данной монографии известные клинические признаки наркомании и алкоголизма, которые подробно изложены в наших предыдущих публикациях и работах коллег ученых наркологов. Это связано и с еще одной причиной. С нашей точки зрения, нельзя понять механизмы формирования наркозависимости, констатируя лишь последствия воздействия на мозг наркотического (психоактивного) вещества. Понятие «наркоманическая личность», введенное на основании изучения изменений личности при наркомании (Козлов А.А., Рохлина М.Л., 2000), правильнее было бы обозначить термином «постнаркоманическая личность». Собственно же наркоманической личностью логичнее видимо назвать личность с определенным набором качеств и свойств, предрасполагающих к развитию наркомании, т.е. потенциально опасных в плане формирования болезни-зависимости, преморбидных в данном контексте.

В настоящей монографии, посвященной в большей степени вопросам психологии и патопсихологии наркозависимости и коморбидных расстройств, мы не углублялись в вопросы специфичности различных клинических форм наркомании. Все клинико-экспериментальные исследования включали, как правило лиц, употребляющих героин (опийные наркоманы). Мы оставляем открытым вопрос о личностных механизмах предпочтения разных психоактивных веществ, который требует специального углубленного изучения.

Автор приносит искреннюю благодарность и признательность за помощь в проведении научных исследований главному врачу Казанской городской психоневрологической больницы им. В.М.Бехтерева Р.Х.Халитову, главному врачу Республиканского наркологического диспансера, главному наркологу Министерства здравоохранения Республики Татарстан Ф.З.Фаттахову, директору Республиканского центра профилактики наркотизации населения при кабинете министров Республики Татарстан к.м.н. Р.Г.Садыковой, ректору Казанского государственного медицинского университета член-корр. РАМН, проф. Н.Х.Амирову, сотрудникам кафедры медицинской и общей психологии КГМУ, участвовавшим в проведении ряда иссле-

дований: к.м.н., доц. Е.А.Сахарову, к.м.н., доц. Э.В.Макаричевой, к.пс.н. А.Ф.Фроловой, А.Ф.Хайрутдиновой, психиатрам, наркологам и психологам, соискателям кафедры Е.А.Пиотровской, Э.А.Бухаровой, выпускникам отделения психологии факультета журналистики, социологии и психологии Казанского государственного университета Э.Х.Харлампиди, Е.А.Брагиной, Л.Р.Вафиной, И.Р.Хусаиновой, З.Ф.Яруллиной, И.В.Гавриковой, А.В.Алкиной, зам. директора Республиканского центра профилактики наркотизации населения при кабинете министров Республики Татарстан А.Т.Кулагину, сотрудникам Реабилитационного центра для наркозависимых «Надежда» Республики Татарстан: главному врачу Б.Д.Менделевичу, А.Ю.Фесенко, а также соавторам ряда разделов данной монографии: руководителю Киевского лечебного наркологического центра избавления от алкогольной и табачной зависимостей к.м.н. А.С.Гарницкой и психологу-психотерапевту 17 наркологической больницы г.Москвы И.А.Новикову.



# ГЛАВА 1. ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ НОРМА, ДЕВИАЦИИ, РАССТРОЙСТВА И ЗАВИСИМОСТИ

## *Поведенческая норма*

Употребление подростком или молодым человеком табака, алкоголя или наркотиков и связанные с этим изменения психики можно отнести к девиантным (отклоняющимся) формам поведения. Однако, следует задуматься над тем, что считать нормативным, нормальным для подростка? Какое поведение можно признать эталонным или по крайней мере неотклоняющимся? Ведь без решения вопроса о том, на что должна быть направлена профилактика наркотизации, какова ее конечная цель невозможно выбрать эффективные и адекватные меры.

Ответы на представленные вопросы, несмотря на всю очевидность, не являются однозначными. Конечно же, *идеальным* было бы, чтобы подростки никогда не курили, не пили и не пробовали наркотики. К этой цели можно и нужно стремиться. Однако следует понять и признать тот факт, что определенные стереотипы поведения особенно в подростковом периоде входят в типичную возрастную структуру и при их игнорировании подросток может оказаться в полной изоляции, может быть отвергнут сверстниками. Это, в свою очередь, может привести к серьезным изменениям психической деятельности и иным формам девиантного поведения.

Можно поставить целью профилактической работы формирование не столько абсолютно трезвеннической позиции, сколько *реалистичной*. То есть, попытаться добиться того, чтобы подросток, понимая вред курения, алкоголя и наркотиков избегал соблазна, уклонялся от крайностей и осознавал последствия собственных действий. Данный путь построения профилактических мероприятий опасен тем, что подросток часто неспособен еще соотносить и сравнивать сиюминутные радости и отдаленные последствия.

С нашей точки зрения, наиболее правильной моделью нормативного поведения подростка или молодого человека в этой сфере было бы **отсутствие зависимости**, что означает, что человек полностью мог бы контролировать собственные поступки, был бы ответственен и свободен от вредных привычек. Именно на формирование такой не-

зависимости в сочетании с установкой на здоровый образ жизни и должна быть направлена профилактика наркотизации.

Отсутствие зависимости предполагает, что индивид соответствует понятиям **поведенческой нормы**. Норма же (по мнению К.К.Платонова) – это явление группового сознания в виде разделяемых группой представлений и наиболее частных суждений членов группы о требованиях к поведению с учетом их социальных ролей, создающих оптимальные условия бытия, с которыми эти нормы взаимодействуют и, отражая, формируют его. Как видно из известного определения нормы, сутью поведенческой нормы является следование человеком разделяемых группой представлениям о норме.

Если обратиться к проблеме психоактивных веществ, то можно обнаружить тот факт, что многими подростками употребление табака, алкоголя или т.н. «легких» наркотиков не расценивается как аномальное. Оно входит в структуру их представлений о норме особенно в определенных субкультуральных кругах. Однако в оценке поведенческой нормы следует учитывать реальный вред, который может приносить зависимость. Кроме того, можно утверждать, что большинство подростков все же не являются зависимыми и следовательно общегрупповая норма не включает употребление наркотиков.

Если подойти к данному вопросу беспристрастно с учетом понимания возрастных особенностей, то можно обратить внимание на следующие факты. По данным разных отечественных и зарубежных авторов число подростков в возрасте от 11 до 17 лет хотя бы однократно употреблявших наркотические вещества колеблется от 36,6 до 65,1%, алкоголь – от 46,4 до 93,2%, табак – от 37,9 до 75,0% (Коэн Г., Флеминг Н., Глэттер К. и др., 2000). То есть, групповая подростковая поведенческая норма, исходя из приведенных данных, включает в себя кратковременное и эпизодическое употребление психоактивных веществ. Следовательно, логично предположить, что профилактика зависимости должна строится соответственно реальности. В идеале должна стоять цель избегания даже употребления психоактивных веществ. Однако в реальности следует исходить из иного посыла: необходима профилактика систематического и неконтролируемого самим подростком употребления психоактивных веществ, злоупотребления ими, формирование установки на здоровый образ жизни со становлением ответственности за последствия даже однократного употребления, к примеру, наркотических веществ.

В связи с культуральными особенностями целесообразным представляется разделение профилактических мероприятий в отношении наркотических средств, алкоголя и табака. Опираясь на тот факт, что российской культуре присуща алкогольная и никотиновая направленность, следует прицельно и дифференцировано ориентироваться на наркоманов, алкоголиков или курильщиков табака.

И все же, несмотря на выдвинутый тезис о культуральной специфике наркотизации, выделяют следующие поведенческие нормы,

следование которым позволяет говорить о человеке как о гармоничном или отклоняющемся:

- правовые нормы;
- нравственные нормы;
- эстетические нормы.

Правовые нормы оформлены в виде свода законов и подразумевают наказание при их нарушении, нравственные и эстетические нормы не регламентированы столь строго и при их несоблюдении возможно лишь общественное порицание. В первом случае можно говорить о том, что человек поступает «не по закону», во втором – «не по-людски». Кроме того можно выделить и нормы психологически комфортного самочувствия (переживания), рефлексии, удовлетворенности собой, нарушение которых способно приводить человека к эмоциональному дискомфорту и появлению т.н. психологических комплексов.

Индивид, становясь свободным и ответственным и формируя нормативное (не девиантное) поведение, осознанно принимает на себя ответственность за соблюдение «писанных» законов, которые предполагают сохранение прав и свобод окружающих его людей, а также «неписаных» норм – традиций и стереотипов поведения, принятых в той или иной микросоциальной среде. Девиантным поведением считается такое, при котором наблюдаются отклонения хотя бы от одной из общественных норм.

В сфере употребления психоактивных веществ (табака, алкоголя, наркотиков) нормативная юридическая база до настоящего времени разработана не до конца. Впрочем, также как и этические требования сформулированы недостаточно четко. Особую роль в данном случае играют культуральные российские особенности, не всегда трактующие употребление, к примеру, алкоголя, как нарушающее нормы.

**Поведенческая патология** (по П.Б.Ганнушкину) подразумевает наличие в поведении человека таких признаков как:

- склонность к дезадаптации;
- тотальность;
- стабильность.

Под склонностью к дезадаптации понимается существование шаблонов поведения, не способствующих полноценной адаптации человека в обществе, в виде конфликтности, неудовлетворенности взаимодействиями с окружающими людьми, противостояния или противоборства реальности, социально-психологической изоляции. Наряду с дезадаптацией, направленной во вне (межличностная дезадаптация), существует внутриличностная дезадаптация, при которой поведение человека отражает неудовлетворенность собой, непринятие себя как целостной и значимой личности. Признак тотальности указывает на то, что патологические поведенческие стереотипы способствуют дезадаптации в большинстве ситуаций, в которых оказывается человек, т.е. они проявляются «везде». Стабильность отражает длительность проявления дезадаптивных качеств по-

ведения, а не их сиюминутность и ситуативную обусловленность. Поведенческая (психическая) патология может быть обусловлена психопатологическими проявлениями (симптомами и синдромами, например, алкоголизма и наркомании), а также базироваться на патологии характера, сформированной в процессе социализации.

Девиантным поведением человека, о котором подробнее описано в следующих разделах, можно обозначить систему поступков или отдельные поступки, противоречащих принятым в обществе нормам и проявляющихся в виде несбалансированности психических процессов, неадаптивности, нарушении процесса самоактуализации или в виде уклонения от нравственного и эстетического контроля за собственным поведением.

Считается, что взрослый индивид изначально обладает стремлением к «внутренней цели», в соответствии с которой производятся все без исключения проявления его активности («постулат сообразности» по В.А.Петровскому). Речь идет об изначальной адаптивной направленности любых психических процессов и поведенческих актов. Выделяют различные варианты «постулата сообразности»: гомеостатический, гедонический, прагматический. При гомеостатическом варианте постулат сообразности выступает в форме требования к устранению конфликтности во взаимоотношениях со средой, элиминации «напряжений», установлению «равновесия». При гедонистическом варианте действия человека детерминированы двумя первичными аффектами: удовольствием и страданием, и все поведение интерпретируется как максимизация удовольствия и страдания. Прагматический вариант использует принцип оптимизации, когда во главу угла ставится узкопрактическая сторона поведения (польза, выгода, успех).

Выделяется несколько *подходов к оценке поведенческой нормы, патологии и девиаций*: социальный, психологический, психиатрический, этнокультуральный, возрастной, гендерный, профессиональный.

**Социальный подход** базируется на представлении об общественной опасности или безопасности поведения человека. В соответствии с ним к девиантному следует относить любое поведение, которое явно или потенциально является опасным для общества, окружающих человека людей. Упор делается на социально одобряемых стандартах поведения, бесконфликтности, конформизме, подчинении личных интересов общественным. При анализе отклоняющегося поведения социальный подход ориентирован на внешние формы адаптации и игнорирует индивидуально-личностную гармоничность, приспособленность к самому себе, принятие себя и отсутствие т.н. психологических комплексов и внутриличностных конфликтов. В плане наркотизации в российских условиях не любое употребление алкоголя признается отклоняющимся. Культуральные границы нормы размыты. Даже такой абсолютный критерий алкоголизма как абстинентный синдром (синдром похмелья) не трактуется обывателями как однозначно патологический.

**Психологический подход** в отличие от социального рассматривает девиантное поведение в связи с внутриличностным конфликтом, деструкцией и саморазрушением личности. Имеется в виду тот факт, что сутью девиантного поведения следует считать блокирование личностного роста и даже деградацию личности, являющихся следствием, а иногда и целью отклоняющегося поведения. Девиант, в соответствии с данным подходом, осознанно или неосознанно стремится разрушить собственную самоценность, лишить себя уникальности, не позволить себе реализовать имеющиеся задатки. Несомненно употребление алкоголя или наркотиков приводит к саморазрушению.

В рамках **психиатрического подхода** девиантные формы поведения рассматриваются как преморбидные (доболезненные) особенности личности, способствующие формированию тех или иных психических расстройств и заболеваний. Под девиациями зачастую понимаются не достигшие патологической выраженности в силу различных причин отклонения поведения, т.е. те «как бы психические расстройства» (донозологические), которые не в полной мере соответствуют общепринятым критериям для диагностики симптомов или синдромов. Несмотря на то, что эти отклонения и не достигли психопатологических качеств, они все же обозначаются термином расстройства.

**Этнокультуральный подход** подразумевает тот факт, что девиации следует рассматривать сквозь призму традиций того или иного сообщества людей. Считается, что нормы поведения, принятые в одной этнокультуральной группе или социокультуральной среде, могут существенно отличаться от норм (традиций) иных групп людей. Вследствие этого, существенным признается учет этнических, национальных, расовых, конфессиональных особенностей человека. Предполагается, что диагностика поведения человека как отклоняющегося возможна лишь в случаях, если его поведение не согласуется с нормами, принятыми в его микросоциуме или он проявляет поведенческую ригидность (негибкость) и не способен адаптироваться к новым этнокультуральным условиям (например, в случаях миграции). В этом отношении интерес представляют традиции некоторых культур Востока, в которых употребление «легких наркотиков» является обыденным и не считается отклоняющимся.

**Возрастной подход** рассматривает девиации поведения с позиции возрастных особенностей и норм. Поведение, несоответствующее возрастным шаблонам и традициям, может быть признано отклоняющимся. Это могут быть количественные (гротескные) отклонения, отставание (ретардация) или опережение (ускорение) возрастных поведенческих норм, так и их качественные инверсии. Научный интерес представляет тот факт, что многие зависимости носят явно возрастной подростковый оттенок, т.е. они практически не встречаются в ином возрасте.

**Гендерный подход** исходит из представления о существовании традиционных половых стереотипов поведения, мужском и жен-

ском стиле. Девиантным поведением в рамках данного подхода может считаться гиперролевое поведение и инверсия шаблонов гендерного стиля. К гендерным девиациям могут относится и психосексуальные девиации в виде изменения сексуальных предпочтений и ориентаций, зависимости от пищи.

**Профессиональный подход** в оценке поведенческой нормы и девиаций базируется на представлении о существовании профессиональных и корпоративных стилей поведения и традиций. Имеется ввиду, что профессиональное сообщество диктует его членам выработку строго определенных паттернов поведения и реагирования в тех или иных ситуациях. Несоответствие этим требованиям позволяет относить такого человека к девиантам.

Наиболее адекватным считается **феноменологический подход** к оценке поведенческой нормы, патологии и девиаций в отличие от социального, психологического или психиатрического позволяет учитывать все отклонения от нормы (не только социально опасные или способствующие саморазрушению личности). Используя его, можно диагностировать и нейтральные с точки зрения общественной морали и права поведенческие отклонения (к примеру, аутистическое поведение), и даже положительно окрашенные девиации (например, трудоголизм). Кроме того, феноменологическая парадигма дает возможность усматривать за каждым из отклонений в поведении механизмы психогенеза, что позволяет в дальнейшем выбрать адекватную и эффективную тактику коррекции поведения. Лишь феноменологический подход способен беспристрастно и объективно подойти к анализу отклоняющегося поведения и способствовать пониманию сущностных мотивов поведения человека.

## *Креативность, норма и зависимое поведение*

Феноменологический подход в оценке поведенческой нормы позволяет говорить как о нормативном и гармоничном поведении, противостоящем девиантному и патологическому, так и об идеальной поведенческой норме. Последняя подразумевает не только «сообразность поведения», но и творческую его направленность — креативность, или плодотворность (по Э.Фромму). Несомненно, что «личность как специальное человеческое образование не может быть выведена из приспособительной деятельности» (А.Н.Леонтьев). Гармония не может основываться лишь на «критерии выживаемости» — способности человека быть адаптивным. Она не может базироваться даже на критерии «качества жизни», т.е. удовлетворенности «собой приспособившимся». Ведь в таком случае наиболее гармоничным следует признать обывателя. *Идеальной поведенческой нормой следует признать сочетание гармоничной нормы с креативностью индивида.*

«Человека могут, – по мнению В.А.Петровского, – [добавим: и должны] притягивать опасность, неопределенность успеха, неизведанное» для того, чтобы считать его творческим и идеальным. Подобная избыточная деятельность (активность) названа *надситуативной активностью* и справедливо отнесена к нормативной. Это обусловлено тем, что прогресс в сфере культуры в значительной мере связан с готовностью и склонностью людей к неприспособительному (неклишированному, гибкому и нешаблонному) поведению.

Одной из форм такого поведения признается поисковая активность, направленная на удовлетворение потребности в новой информации, в новых переживаниях, расширении своего опыта (Ротенберг В.С., Аршавский В.В., 1984). Обыватель, как типичный представитель нормативного и даже гармоничного (в плане приспособительных способностей) поведения не склонен к поисковой активности. Он стремится максимально избежать риска, а значит новых ситуаций, новой информации, новых переживаний, нового опыта. Он устремлен на сохранение «status quo». В этом ракурсе он предстает нелюбознательным, ищущим гарантий и стабильности, а не знаний, ощущений и переживаний. Девиант же напротив излишне любознателен, крайне нестабилен и в высшей степени склонен к риску и существованию в неопределенности. Не исключено, что приобщение к наркотику или алкоголю может происходить именно по данному механизму.

Парадокс заключается в том, что *девиантное и идеальное поведение могут носить сходные черты*. Можно утверждать, что многие лица с девиантным поведением – творческие люди. Известно, что активные игроки (гемблеры) обладают более высоким уровнем интеллектуального развития по сравнению с обычными людьми-неигроками (Custer R.L., 1981). Отклоняющееся поведение оправданно обозначить активным творческим поиском, носящим однако неадаптивную и зачастую саморазрушающую направленность. Отличие заключается в том, что для подлинного творчества (идеальной нормы) удовольствие составляет сам процесс поиска, а отрицательный результат только усугубляет знание о предмете и сигнализирует о том, что направление поиска должно быть изменено, в то время, как для девиантной разновидности поисковой активности основной целью является результат – удовольствие.

Список сходных черт креативных и девиантных личностей предлагают Баррон и Харрингтон. Эти черты включают в себя самостоятельность суждений, способность находить привлекательность в трудностях, эстетическую ориентацию и способность рисковать. Ф.Фарли выделяет особый тип личности – Т-личность. Она определяется как «искатель возбуждения». Люди с таким типом личности могут достигать либо высокой степени креативности, либо демонстрировать деструктивное, даже криминальное поведение.

По Д.Симонтону, у творческой личности можно выделить семь базовых векторов. Их сопоставление с критериями диагностики ад-

диктивного типа девиантного поведения указывает на существенную близость этих разновидностей поведения (табл. 1).

Наши исследования лиц с девиантным поведением в форме наркотической зависимости (Менделевич В.Д., Вафина Л.Р.) показывают, что наркоманы являются более творческими личностями, чем здоровые (ненаркоманы). Они обладают достаточной силой авторского «Я» (по Л.Я.Дорфману), чтобы справляться с жизненными трудностями, то есть имеют инстанцию относительно независимую от внешних влияний. Однако показатели таких инстанций, как Я-превращенное и Я-вторящее говорят о самоотчуждении и подверженности влиянию социальных ролей на самовосприятие, что мо-

*Таблица 1*

**Креативная и аддиктивная личности**

| Креативная личность (по Д.Симонтону) | Девиант (аддиктивная личность) |
|---|---|
| независимость взглядов и неконформность суждений | неконформность, неадаптивность поведения и суждений вследствие скрытого комплекса неполноценности |
| стремление выйти за рамки, «нарушить границы», оригинальность и нестандартность | «жажда острых ощущений», необычных переживаний, склонность к риску, эпатажность |
| открытость ко всему новому и необычному | «жажда острых ощущений», новых запредельных переживаний, новых, необычных и нетривиальных способов достижения удовлетворения |
| устойчивость к неопределенным ситуациям | хорошая переносимость кризисных ситуаций в сочетание с плохой адаптацией к обыденным ситуациям |
| конструктивная активность в предметной деятельности | высокий уровень поисковой активности в сфере девиантных интересов |
| сила «Я», связанная с возможностью автономного функционирования и устойчивостью к давлению социального окружения | независимость в недевиантных сферах деятельности, сочетаемая со стремлением обвинять окружающих и с зависимостью в сфере аддикции |
| чувствительность к красоте в широком смысле слова | — |
| — | внешняя социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими контактами |
| — | стремление уходить от ответственности |
| — | стремление говорить неправду |
| — | тревожность |

жет также трактоваться как «отказ от авторского Я в пользу переживаний внешних впечатлений и событий». С другой стороны, Я-авторское у них имеет достаточно прочные связи со спонтанностью, аутосимпатией, креативностью и со стремлением к самоактуализации, которые являются системообразующими компонентами структуры личности.

Для наркозависимых (как это ни парадоксально) характерными оказываются некоторые качества самоактуализирующейся личности: высокая потребность в познании, открытость новому опыту, автономность, стремление к самораскрытию в общении с другими людьми.

Известно, что креативность включает творческие возможности (способности) индивида, характеризующиеся готовностью к продуцированию принципиально новых идей. Фундаментом креативности служит дивергентное мышление – способность мыслить равноценными альтернативами в ответ на требования новой ситуации. Согласно концепции метаиндивидуального мира Л.Я.Дорфмана (1995), индивидуальность и ее мир (в частности, значимые другие люди) противопоставляют себя друг другу и в то же время полагают себя друг в друге. В результате индивидуальность приобретает двойственность своей качественной определенности. С одной стороны, она выделяется из окружающего ее мира, характеризуется автономностью. В этой связи индивидуальности присущ один ряд качеств (например автономность, самоидентичность, интернальный локус контроля, поленезависимость). С другой стороны, индивидуальность испытывает на себе влияния значимых для нее людей, и эти влияния формируют у индивидуальности другой ряд качеств (например, зависимость, групповую идентичность, экстернальный локус контроля, полезависимость). В зависимости от модальности (субмодальности) «Я» может иметь некоторое множество лиц и не иметь лица.

Л.Я.Дорфман определяет базовые и вторичные компоненты в структуре «Я». Его базовыми частями являются Я-авторское, Я-воплощенное, Я-вторящее, Я-превращенное. Вторичными являются: Я-внутреннее, Я-внешнее, Я-расширение (авторское), Я-расширение (вторящее), Я-расширение (систем), Я-расширение (подсистем). Я-авторское характеризует «Я» как самостоятельную инстанцию в смысле ее относительной независимости от внешних влияний, как персональную идентичность и самость. Я-воплощенное – продолжение авторского «Я» в формах его вкладов в людей, предметы, вещи внешнего мира, в живую и неживую природу. Проявляется в продуктах самоосуществления авторского «Я», личностных вкладах, в трансформациях объекта (другого субъекта) в результате его подчинения авторскому «Я». Я-вторящее описывает «Я» производное от внешних влияний и воздействий, реагирует на внешние влияния в форме субъективных впечатлений и ощущений. Характеризуется социальной идентичностью, подверженностью влияниям принятых социальных ролей на самовосприя-

тие, отношением к себе как к другому при исполнении социальных ролей, а иногда и отказом от авторского «Я» в пользу внешних впечатлений и событий. Я-превращенное характеризует становление «Я» в другом, как бы превращение «Я» в других людей, вещи, предметы, объекты живой и неживой природы. Обнаруживается в его отождествлении с актуальными или новыми значениями объектов и других людей, принятии социальных ролей, чувствах принадлежности и связанности с объектами мира и другими людьми. Я-внутреннее является вторичным компонентом экзистенциального Я в том смысле, что оно складывается из Я-авторского и Я-вторящего. Я-внутреннее отражает внутренние переживания человека. Я-внешнее также является вторичным и складывается из Я-воплощенного и Я-превращенного.

В процессах воплощения, по мнению Л.Я.Дорфмана, индивидуальность воспроизводит, умножает, расширяет, продолжает себя. Итог воплощения состоит не в том, что меняется индивидуальность. Напротив, она стремится изменить мир людей и вещей, сохраняя себя в неизменности. В процессах же превращения, будучи в другом, индивидуальность начинает жить другим и становится другой. Тем самым процессы превращения означают конечность индивидуальности как единичности и направлены «быть в другом другим», то есть на сохранение объекта и на изменение своей индивидуальности. Таким образом, назначение объектов в воплощении состоит в том, чтобы существовать ради индивидуальности, то есть служить, дополнять, защищать, а в превращении – расширять поле своего существования за счет включения в него, приобщения к нему индивидуальности. Автор исходит из того, что главной функцией экзистенциального «Я» в целом является расширение Я, согласованное с ростом индивидуальной и социальной идентичности.

Креативное мышление, характерное для идеального поведения, имеет свои особенности. Во-первых, оно пластично. Творческие люди предлагают множество решений в тех случаях, когда обычный человек может найти лишь одно или два. Во-вторых, оно подвижно: для творческого человека не составляет труда перейти от одного аспекта проблемы к другому, не ограничиваясь единственной точкой зрения. И, наконец, оно оригинально, так как порождает неожиданные, небанальные и непривычные решения (Годфруа Ж., 1996).

Доказательством сходства некоторых структур идеального и девиантного поведений является факт кардинальных изменений, происходящих в поведении девианта после истинного исправления его поведенческого дефекта, в виде личностного роста и развития креативности. Известно, что опыт фобического и иных разновидностей невротического отклоняющегося поведения нередко приводит к личностному росту и раскрытию творческих способностей бывшего девианта. У бывших наркоманов и членов их семей также в случае положительного эффекта терапии регистрируется личностный рост и креативность (более подробно см. далее).

### Гармоничный характер и личность

**Гармоничные черты характера** – это совокупность индивидуально-психологических стереотипов поведения, способствующих гармонизации обыденных межличностных взаимоотношений и избеганию межличностных и внутриличностных конфликтов. Таким образом, основой оценки гармоничности или негармоничности характерологических особенностей служит параметр отсутствия у человека конфликтов как внешних, т.е. с участниками коммуникации, так и внутренних. Условно можно говорить, что значимой для оценки *характерологической гармоничности* является сфера обыденных взаимоотношений, включающая сугубо психологические, тогда как *гармоничность личностная* определяется в большей степени социально-психологическими параметрами – соответствием и следованием нравственным требованиям.

Гармоничный характер условно представляет собой блок из двух групп психологических параметров, включающих:

- адаптивность
- самоактуализацию

Основным параметром гармоничного характера является *адаптивность*, характеризующаяся успешностью приспособления человека к различным ситуациям, их изменению, а также эмоциональному (внутреннему или внешнему) принятию окружения. Адаптивность отражает значимость удовлетворения человеком социальных потребностей, которую точно описал Паскаль: «Чем бы человек ни обладал на земле – прекрасным здоровьем, любыми благами жизни, он все-таки недоволен, если не пользуется почетом у людей... Имея все возможные преимущества, он не чувствует себя удовлетворенным, если не занимает выгодного места в умах... Ничто не может отвлечь его от этой цели... Даже презирающие род людской, третирующие людей, как скотов, и те хотят, чтобы люди поклонялись и верили им». Можно утверждать, что человек для достижения внутренней и внешней гармонии обязан быть адаптивным. Однако следует помнить о том, что способность всегда приспосабливаться к новым условиям и на любом уровне может обернуться дисгармонией характера в виде конформизма. Следовательно, для того, чтобы говорить о гармоничности параметра адаптивности следует уточнить его собственные свойства. Они составляют три группы, включающие: *1) реализм в восприятии окружающей действительности (перцептивная составляющая), 2) желание человека адаптироваться к окружающей обстановке (мотивационная составляющая) и 3) способность адаптироваться – «принимать» – окружающих такими, какие они есть (регулятивная составляющая).*

Классическим примером гармоничной черты характера, отражающей параметр адаптивности, считается приветливость, описываемая как сочетание радушия, ласковости, учтивости, любезности. Приветливость – это способ демонстрирования принятия человека

человеком, отраженный в манерах и привычках. Внешние проявления приветливости направлены на избегание потенциальных или устранение имеющихся реальных конфликтных взаимоотношений между людьми. Внутренне человек может не испытывать симпатии к участнику коммуникации, но не демонстрировать ее. Приветливость — это форма вежливости, хороших и гармоничных манер, улучшающих процесс общения, а не обостряющих его. Однако приветливость будет считаться гармоничной чертой характера лишь в случаях, если будет использоваться «к месту». Для того, чтобы оценить ее как гармоничную, нужно проанализировать ситуацию, в которой она проявляется. Важно соответствие привычной реакции (например, приветливости) раздражителю или событию. Если собеседник ведет себя нахально, оскорбляет человека или даже ему угрожает, то приветливость нельзя назвать гармоничным ответом на хамство. Значимым является перцептивная составляющая, позволяющая реально оценивать в каких случаях и при каких обстоятельствах следует использовать данную черту характера. Реализм же, как правило, базируется на *феномене «здравого смысла»*.

Под здравым смыслом понимается познавательный процесс, в основе которого лежит адекватное (истинное) восприятие и понимание смысла поступков окружающих. Для того, чтобы говорить о гармоничности характера человека следует оценить его *здравомыслие*. Он должен быть реалистом, т.е. человеком, который в своей оценке происходящего руководствуется сущностными, действительными параметрами, ясно и трезво понимает суть и мотивы поведения окружающих. Здравомыслию противостоит в рамках дисгармоничности характера *феномен каузальной атрибуции*, который проявляется пристрастным и несоответствующим реальности пониманием и объяснением мотивов поступков окружающих.

Вторая составляющая параметра адаптивности — мотивационная — отражает желание человека приспосабливаться к окружающим, иметь с ними гармоничные (бесконфликтные или эффективные) отношения. Важную роль в мотивации процесса адаптации к окружающим играет ценностная сторона жизни. Человек ранжирует жизненные события по ценности и значимости для того, чтобы решить к каким из них ему следует приспосабливаться, а какие он может игнорировать или с какими он желает вступать в противоборство. Проявление упрямства, как черты характера, зависит от значимости ситуации, в которой упрямство демонстрируется. Ребенок не будет упрямым, если ему предложат съесть мороженое, но может упрямо противодействовать попыткам родителей заставить его надеть ту или иную не нравящуюся ему одежду. Человек может быть приветливым с людьми, которым симпатизирует или от которых зависит решение каких-то его запросов и неприветливым и даже подчеркнуто грубым по отношения к лицам, в которых совершенно не нуждается.

Регулятивная составляющая адаптивности отражает навыки и способности проявлять те или иные необходимые для коммуника-

ции качества характера и компенсировать (скрывать или подавлять) неадаптивные. Скупой человек может стараться подавлять свою непрестижную черту, а трусливый демонстрировать храбрость. Длительная регуляция неадаптивных черт характера способна привести к их полной компенсации, а иногда к гротескному проявлению противоположных качеств (гиперкомпенсации).

К параметрам, отражающим гармоничные черты характера, относится *самоактуализация*, которая также, как и адаптивность включает три составляющих: перцептивную, мотивационную и регулятивную. Эти составляющие частично совпадают с характеристиками, приведенными выше, частично дополняются иными характеристиками.

О гармоничности приветливости, как свойства, отражающего и адаптивность и самоактуализацию, можно говорить лишь в случае если человек не испытывает негативных чувств в связи с внешним проявлением приветливости. Если на уровне адаптивности гармоничным считается «принятие других и мира», то на уровне самоактуализации – «принятие себя». В принятии себя отражается реализм в оценке своих качеств, способностей и возможностей, понимание и принятие выработанных ценностей и насущных потребностей, жизнь с самим собой в согласии, изживание психологических комплексов или примирение с ними.

Принятие себя начинается с реальной *самооценки* и формирования *самоуважения*. Важной характеристикой гармоничности самооценки является ее гибкость. Также как существенным для оценки дисгармоничного характера считается выявление ригидности самооценки в сторону либо завышения, либо занижения. В рамках гармонии характерологических черт человек не склонен однозначно оценивать свои способности, возможности и качества. Типичным является легкость изменения оценки после действий, в которых не совпало представление о себе с реально выявившимися чертами. Наряду с самооценкой и производным от нее, значимым гармоничным свойством является *реальность и гибкость уровня притязаний*. Уровень притязаний, т.е. совокупность ожиданий, целей и притязаний относительно своих будущих достижений, рождается из двух противоположных тенденций (Братусь Б.С., 1988): тенденции поддержания своего «Я», своей самооценки на максимально высоком уровне и тенденции умерить свои притязания и избежать неудачи с целью не нанести урон самооценке. Самоуважение в рамках гармонии характера следует тем же закономерностям, что и самооценка и уровень притязаний.

Другими важными качествами самоактуализации, по А.Маслоу, являются *спонтанность, простота, автономность и проблемная центрация*. Суть их заключается в естественности проявлений всех черт характера, нежелании преподносить себя в гораздо лучшем свете, чем в реальности в ситуациях, которые не требуют манипулятивного поведения. Особо следует отметить качество автономности, т.е. независимости в принятии решений и оценке ситуаций от окружения,

собственных ожиданий (экспектаций), желаний и потребностей. При гармоничном складе характера отмечается адекватное распределение локуса контроля за ситуациями (от внутреннего до внешнего). Суть адекватного распределения заключена в известном правиле гармоничного человека о том, что он должен обладать способностью изменять ситуации, которые поддаются изменению, принимать такими, какие они есть неподдающиеся изменениям ситуации и научиться различать их.

Перечисленные качества составляют сущность одной из наиболее существенных параметров гармоничного характера – зрелости. *Зрелость* (в психологическом смысле) – это способность приспосабливаться к среде по законам житейского разума (Б.В.Зейгарник). Она подразумевает сочетание достаточно высоких идеальных устремлений с готовностью выполнять скромные, земные задачи ради этих высоких устремлений. Зрелость включает психологическое умение человека разводить идеальные и реальные цели. В противовес зрелости характерным для дисгармоничного характера выступает *инфантилизм* (незрелость, «детскость»). К инфантильным свойствам относят наивность, несамостоятельность, нездравомыслие и т.п.).

Представленность различных параметров в рамках гармоничного и дисгармоничного характеров продемонстрирована в таблице 2.

Проявления черт характера весьма разнообразны. В отличие от свойств темперамента они не носят амотивационного характера, а

*Таблица 2*

**Сравнительная характеристика гармоничных и дисгармоничных черт характера**

| Гармоничный характер | Дисгармоничный характер |
|---|---|
| адаптивность | дезадаптивность |
| зрелость | инфантилизм |
| здравомыслие | нездравомыслие |
| гибкость | ригидность |
| реализм в оценке окружающих | использование каузальной атрибуции |
| реальность самооценки | нереальность самооценки |
| самостоятельность | несамостоятельность |
| автономность | зависимость |
| простота, естественность | неестественность |
| проблемная центрация | центрация на несущественных параметрах |
| самоуважение | крайние варианты отношения к себе (самоуничижение, самовосхваление) |
| разумное сочетание эгоистических и альтруистических целей | эгоцентризм |

всегда мотивационно опосредованы, т.е. закрепление в процессе социализации характерологических привычек, манер, стилей мышления и поведения связано с требованиями окружающего общества (микро- и макросоциума), а также с целями, мотивами и потребностями человека.

Характерологические свойства можно разделить на две группы: базисные (терминальные) и инструментальные. Первые должны способствовать удовлетворению сущностных потребностей человека (создавать, в первую очередь, внутреннюю гармонию), вторые — удовлетворять запросы общества (создавать внешнюю гаромничность). Н.Пезешкиан (1988) назвал их актуальными первичными и вторичными способностями. Дифференциально-аналитическая концепция Н.Пезешкиана позволяет оценивать как норму, так и аномалии характера, а также выявить причины явных и скрытых межличностных конфликтов.

Феноменологически особенности характера представлены широким спектром черт, формируемых в процессе воспитания. Вот лишь некоторые из них: пунктуальность, чистоплотность, организованность, послушание, вежливость, доверчивость, уверенность в себе, старательность, бережливость, надежность, точность, терпеливость, прямота. Каждая из них способна выступать в альтернативной форме и отражать аномалию развития характера.

В структуре индивидуальности личность занимает высшую ступень иерархической лестницы. Личностные качества формируются на базе нижележащих уровней, однако не определяются исключительно их типами и свойствами. В отличие от типов темперамента и черт характера, являющихся устойчивыми и практически неизменными параметрами психической индивидуальности, качества личности могут изменяться в течение жизни, иметь тенденцию к разнонаправленности в зависимости от внешних и внутренних устремлений. На уровне личностных свойств и качеств также как и на уровне темпераментальных и характерологических особенностей возможна гармоничность и дисгармоничность. Нередко девиантные формы поведения связаны с личностной аномалией.

**Личность** — это относительно устойчивая система социально значимых черт, характеризующая индивида как члена того или иного общества или общности. Другими словами, для становления и проявления личностных качеств существенное значение имеет социум. Если свойства темперамента или черты характера могут проявляться вне зависимости от социального окружения (к примеру, эмоциональность, чистоплотность и аккуратность отшельника, не видящего людей многие годы), то качества личности невозможно проявлять вне общения и взаимодействия с людьми или иными живыми существами.

Нередко личностные качества смешивают с индивидуально-психологическими и используют в качестве синонимов слова «личность» и «индивидуальность». Л.М.Баткин в связи с этим писал, что

в разные эпохи в разных странах для обозначения этих понятий использовались различные термины. Так, греки, имея ввиду индивида с социально значимыми чертами, говорили о «добром муже», «герое», «мудреце». Римляне использовали термин «гражданин», индусы – «атман», англичане XVIII века – «джентльмен».

Основными отличиями личностных качеств от характерологических черт являются: *степень волевой регуляции поведения, использование нравственных оснований, мировоззренческих установок, склонностей и социальных интересов при выборе системы поступков.* Если поступок или система поступков как отражение особенностей характера совершаются в силу выработанной и усвоенной индивидом традиции, привычки и до определенной степени автоматизированы, то в рамках личностных качеств они опосредуются мотивами, интересами, склонностями, потребностями и регулируются с помощью волевых актов.

Ю.М.Орлов (1991) предложил разделять людей на две категории в зависимости от истоков поведения: «людей привычки» и «людей воли». Первая в своей деятельности базируется на характерологических особенностях, вторая – на личностных. Типы характера различаются лишь направленностью и сферой применения «привычек». Человек по привычке может быть пунктуальным, чистоплотным, аккуратным или прилежным. Если черты характера сформированы, то поступки индивида не требуют от него приложения каких-нибудь усилий для их выполнения. Однако в жизни привычка может идти вразрез с требованиями обстоятельств и тогда необходимости сделать волевое усилие для совершения малоинтересного или кажущегося неактуальным действия. Волевая регуляция деятельности основана на тех социальных потребностях, которые формируются в период зрелости человека. *Это потребности принадлежать к социальной группе, занимать в ней определенное положение, пользоваться вниманием и привязанностью окружающих, быть объектом уважения и любви.* Немаловажными являются и социальные потребности «для себя» (Симонов П.В.) – *потребности в самоуважении и самоактуализации.*

Для удовлетворения социальных потребностей человек в процессе воспитания и самовоспитания стремится обрести общественно поощряемые нравственные качества и сформировать социально одобряемое и разделяемое референтной группой или коллективом мировоззрение. А также выработать качества, на основании которых он смог бы принимать и уважать себя. К личностным качествам можно отнести доброту или злобу (к примеру, добросердечность, добропорядочность или непорядочность, альтруизм или эгоизм, филантропию или мизантропию), любовь или ненависть (жалость или черствость, неравнодушие или равнодушие), верность или неверность, храбрость или трусость, оптимизм или пессимизм, стыдливость, совестливость или бессовестность, алчность или щедрость, лживость или честность, справедливость и правдолюбие и др.

Стать личностью – означает, во-первых, занять какую-либо жизненную позицию, прежде всего определяющую нравственные при-

оритеты, во-вторых, в достаточной степени осознать ее и нести за нее ответственность, в-третьих, утверждать ее своими поступками и делами (Братусь Б.С., 1988). Занятие жизненной позиции и выработка для ее поддержания значимых личностных качеств определяется *личностным смыслом*, личностным значением, которые должны ответить на вопрос – ради чего совершается или должно быть совершено то или иное действие. Личностный смысл выражает отношение субъекта к явлениям объективной действительности, он создается в результате отражения субъектом отношений, существующих между ним и тем, на что его действия направлены как на свой непосредственный результат (цель). То есть личностный смысл порождается отношением мотива к цели.

Одной из важных характеристик личности является *ценностная ориентация, или личностные ценности*. Под личностными ценностями понимают осознанные и принятые человеком общие смыслы его жизни. Индивид в процессе становления личностных качеств овладевает философией жизни, производит ранжирование ценностей в зависимости от нравственных устремлений, решает наиболее трудный вопрос о смысле жизни.

Б.С.Братусь предложил при оценке личностных качеств использовать уровневую характеристику смысловых сфер. Он выделил четыре уровня: *прагматический, эгоцентрический, группоцентрический, просоциальный*. Нулевой уровень – это собственно прагматические, ситуационные смыслы, определяемые самой предметной логикой достижения цели в данных конкретных условиях. Исходным моментом первого уровня является личная выгода, удобство, престижность. В рамках второго уровня смысловым моментом отношений к действительности становится близкое окружение человека (семья, группа), которую он либо отождествляет с собой, либо ставит ее выше себя в своих интересах и устремлениях. Третий уровень включает в себя коллективистскую, общественную и, как свою высшую ступень, общечеловеческую смысловые ориентации.

Немаловажным параметром личности считается ориентация его целей и потребностей. Выделяют два типа ориентаций: *индивидуализм и коллективизм*. Под индивидуализмом понимается приоритет целей и потребностей индивидуума над потребностями основных групп (семья, коллектив, общество). При коллективистской модели личные ценности и потребности подчинены потребностям группы. Однако взаимоотношения людей в обществе более разнообразны и способствуют формированию четырех комбинаций индивидуализма и коллективизма, что в свою очередь определяет развитие тех или иных личностных качеств. Описаны горизонтальный и вертикальный индивидуализм и коллективизм.

Для психологии девиантного поведения знание механизмов формирования личностных качеств, также как и механизмов становления характерологических свойств, являются весьма актуальными. Их актуальность связана с распространенными изменениями характера и личности, появляющимися у лиц, у которых возникло сома-

тическое или психическое заболевание, которые перенесли жизненные потрясения.

В.Франкл основополагающими качествами гармоничной личности называл *духовность, свободу и ответственность.* Духовность отражает нравственную сторону жизни, формируя качества личности, нацеленные на блага других. Свобода представляет собой *свободу по отношению к влечениям, наследственности и среде.* Экзистенциальный анализ признает человека не только свободным, но и ответственным. Человек, в первую очередь, ответственен за поиск и осуществление смысла и реализацию ценностей. По мнению В.Франкла он несет *ответственность за наслаждение и ценность, влечение и смысл перед совестью и Богом.*

Таким образом, под **гармоничной личностью** следует понимать индивида, который в процессе социализации осознанно сформировался как человек, обладающий ответственностью за собственную судьбу и совершаемые поступки, самостоятельностью и автономностью в принятии решений, руководствующегося в своей жизни нравственными законами. Можно утверждать, что гармоничная личность живет в соответствии с девизом: «Мне никто ничего не должен». Этот принцип следует понимать как отказ от предъявления претензий окружающим (родителям, детям, государству и пр.) в случаях жизненных неудач. В рамках психологии аномального и девиантного развития личности все перечисленные качества предстают инверсными. Ответственность заменяется долженствованием, самостоятельность — зависимостью, нравственность — безнравственностью.

## *Зависимость — норма или патология?*

Приведенные выше характеристики нормативного, гармоничного, идеального и девиантного поведения в отличие от признаков зависимости можно признать абсолютными, стойкими и четкими. Понятно, что норма или идеал — это положительно, а девиация и патология — отрицательно. В вопросе анализа зависимого поведения подобный подход не оказывается результативным и эффективным. Поскольку не существует однозначного ответа на вопрос о том, положительна или отрицательна роль зависимости.

Парадокс заключается в том, что зависимость — многоликое явление. Отчасти справедливо высказывание о том, что «человек, свободный от аддикции (зависимости), — это человек мертвый, вялый, у которого «вместо души пар» (Усков А.Ф., 2000). Можно согласиться и с тем, что аддикция — это не всегда признак патологической слабости, это и проявление фонтанирующей жизненной силы, нередко креативности и высокой поисковой активности, оригинальности. Люди стремятся к аддиктивному поведению, потому что оно позволяет достичь чувства внутреннего эмоционального контроля над психической беспомощностью (Dodes L.M., 1995).

Но чаще аддикция по мере углубления предстает своей негативной стороной. И удовлетворенность превращается в тягостность и мучения. Термин Addictus, по мнению L.Wursmer (1995), относится к сфере юридической. Он означает – «приговаривать свободного человека к рабству за долги», т.е. аддикт (зависимая личность) – это тот, кто связан долгами (Stowasser, 1940). Метафорически зависимым (аддиктивным) поведением называется глубокая, рабская зависимость от некоей власти, от непреодолимой вынуждающей силы, которая обычно воспринимается и переживается как идущая извне, будь то наркотики, сексуальный партнер, пища, деньги, власть, азартные игры – то есть любая система или объект, требующие от человека тотального повиновения и получающие его. Такое поведение выглядит как добровольное подчинение. Однако специалисты сходятся во мнении о том, что на самом деле во внешнем мире не существует неких принуждающих желаний или силы (Wursmer L., 1995).

Таким образом, можно отметить специфику зависимого поведения, заключающуюся в том, что аддикции (зависимости) могут быть не только психологическими и психопатологическими, но и нормативными и даже гармоничными (например, трудоголизм и в некотором смысле любовная аддикция). Спектр зависимостей распространяется от адекватных привязанностей, увлечений, способствующих творческому или душевному самосовершенствованию как признаков нормы до расстройств зависимого поведения, приводящих к психосоциальной дезадаптации.

Понятие зависимости имеет ряд синонимов, принципиально важных для осознавания ее сущности. Помимо близкого по значению термина **«привязанность»**, буквально означающего «неразрывную связь», «неотделимость» нередко используется термин **«привычка»**, понимаемая как «образ действий, склонность, ставшая обычной и постоянной».

Рассматривая и анализируя спектр поведенческих расстройств, сущностью которых является зависимость от чего-либо или кого-либо, можно отметить, что некоторые из аддикций ближе по значению к понятию привязанность, а иные к понятию привычка. Наиболее ярко привязанность проявляет себя в созависимом поведении и в целом в тех формах зависимости, которые предполагают пусть и опосредованный, но процесс межличностного общения. В этом отношении наркозависимость, алкогольная зависимость, никотинизм, фанатизм (религиозный, спортивный, музыкальный), пищевые, часть сексуальных зависимостей не существуют вне *субъект-субъектных отношений*. Для каждой из перечисленных форм аддиктивного поведения важна общность с иными аддиктами или субъектом отношений. Ни одну из перечисленных зависимостей нельзя охарактеризовать посредством термина «привычка». Некоторые иные формы зависимого поведения характеризуются *субъект-объектными отношениями* и именно к ним больше подходит понятие «привычки». Это – трихотилломания, пиромания, дромомания,

арифмомания и некоторые парафилии (к примеру, фетишизм), патологические привычные действия. Они не выходят за рамки «образа действия, ставшего обычным и постоянным», и носители подобных аддикций не нуждаются в «со-действии» со стороны окружающих, «со-причастности».

Таким образом, можно отметить неоднородность понятия зависимости, неизученность связи между патологией «привязанностей» и патологией «привычек». Однако не вызывает сомнений тот факт, что зависимость парадоксально складывается из *«душевной привязанности»* (ощущения эмоционально-положительного родства, вдохновляющей тяги, эйфоризирующего влечения, всепоглощающей страсти по субъекту или объекту, невозможности комфортно существовать без него) и *«нудной привычки»* (тягостной обязанности, вынужденности повторять и повторять единожды ставший влекомым способ достижения удовлетворения и от того превратившийся в выхолощенный и мучительный ритуал). Возможно, в этой противоречивости и кроются диагностические критерии патологичности зависимого поведения.

В наиболее полемичном и заостренном виде проблема нормы и патологии зависимого поведения представлена в работе Е.А.Брюна «Введение в антропологическую наркологию» (1993). Автор выдвинул несколько следующих положений:

1. В основе психомодулирующих действий, в частности, наркотизации лежит присущая человеку потребность определенным образом изменять свое психическое состояние, выступающая на протяжении всего онтогенетического личностного развития.

2. Психосоматические эффекты, достигаемые различными психомодулирующими воздействиями, идентичны состояниям, возникающим у человека в процессе его нормального индивидуального развития (при первичном научении, творчестве и пр.).

3. Единым и общим условием возникновения «особых состояний сознания» является актуализация архаичного симпатического мышления, спаянного с бинарным аффектом и характерными телесными ощущениями;

4. Суть симпатического (магического) мышления заключается в переживании и осознании человеком неразрывной симметричной и взаимообратимой связи объектов и субъективных состояний во внутренней (интрапсихической) картине мира — с переносом этого принципа на теоретическое (мифологическое) и практическое (ритуальное) освоение объективной действительности.

5. Бинарный аффект (вариант смешанного аффекта или дисфории) или сочетание противоположных, а иногда взаимоисключающих аффектов, присоединяясь к симпатическому идеаторному процессу, оформляет различные психологические и психопатологические состояния, феноменологически проявляющиеся в переживании сверхистинности, «сверхбодрствования», экстаза, инсайта, сенсации, особого проникновения в суть явлений, понимания особой значимости и, возможно, кристаллизации бреда.

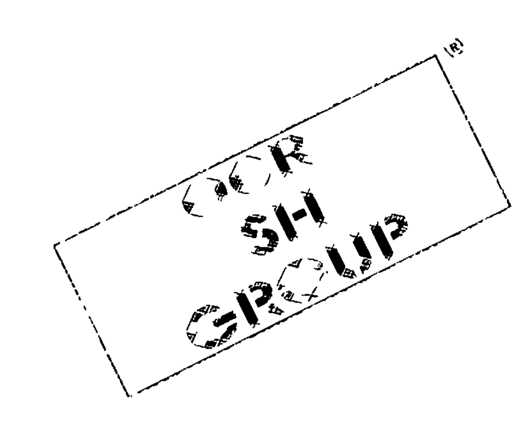
6. В норме симпатическое мышление является этапом развития психической сферы человека с последующим формированием логического мышления и не оторвано от деятельностного освоения мира. При психической патологии и при заболеваниях, обусловленных зависимостью, данный тип мышления носит аутохтонный (возможно бредоподобный) характер и, кроме прочего, лежит в основе формирования патологического влечения, а в совокупности с бинарным аффектом является ядром наркотической интоксикации.

Не вызывает сомнений тот факт, что в рамках зависимого поведения мы сталкиваемся с закономерностями, которые существуют в сфере общей психопатологии: каждому психологическому феномену как отражению нормы (в контексте зависимостей феноменом выступает действие или поведение) противостоит психопатологический симптом (в данном случае – патологический поведенческий паттерн). То есть, перефразируя известную фразу можно сказать: *как недостатки являются продолжением наших достоинств, так зависимости есть продолжение наших привязанностей.*

Однако остается открытым вопрос о границах нормы и патологии в сфере зависимого поведения. Критерии П.Б.Ганнушкина, используемые в психиатрии для оценки поведенческих нарушений (дезадаптация, тотальность и стабильность), не являются эффективными, так как многие зависимости не приводят к выраженному нарушению адаптации (к примеру, анорексия или Интернет-зависимость), не являются тотальными (т.е. охватывают не весь круг жизни, а лишь ее часть) и часто с течением возраста, по миновании пубертата и юности бесследно исчезают. В этом отношении точка зрения Е.А.Брюна об идентичности искомых аддиктом состояний возникающим у человека в процессе его нормального индивидуального развития вполне логична и не вызывает отторжения.

Критериями патологичности подросткового аддиктивного поведения называют не столько «статичную» сиюминутную дезадаптацию, сколько «лонгитудинальную» перспективную дезадаптацию. Специалистов и родителей страшит не тот факт, что подросток совершает какие-либо действия и поступки, противоречащие взрослым нормам, а то, что подобный патологический стереотип поведения закрепится и приведет к «сквозной» дезадаптированности.

Все вышеизложенное еще раз подтверждает сложность квалификации зависимого поведения как нормативного или патологического стереотипов и заставляет идти «широким фронтом» в изучении спектра аддикций как химических, так и несубстанциональных.



# ГЛАВА 2. СТРУКТУРА И ТИПЫ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Зависимое поведение наиболее часто является девиантным по структуре. Вследствие этого логичным представляется анализ современного состояния проблемы отклоняющегося поведения.

Девиантное (аномальное, ненормативное, отклоняющееся) поведение человека обладает существенными отличительными признаками от гармонии и нормы, разнообразно по структуре, типам и формам. Под структурой девиантного поведения понимается специфика сочетания и динамики составных частей отклоняющегося от нормы или гармонии поведения. К типам девиантного поведения относят разновидности отклоняющегося поведения в зависимости от особенностей взаимодействия индивида с реальностью и механизмов возникновения поведенческих аномалий. Формы девиантного поведения включают в себя клинические проявления отклоняющегося поведения.

**Девиантное поведение** человека можно обозначить как *систему поступков, противоречащих принятым в обществе нормам и проявляющихся в виде несбалансированности психических процессов, неадаптивности, нарушении процесса самоактуализации или в виде уклонения от нравственного и эстетического контроля за собственным поведением.*

Рассматриваемое в данной книге зависимое поведение (в первую очередь от психоактивных веществ) несомненно носит девиантный характер, может быть различным по структуре и типу.

## *Структура девиантного поведения*

Девиантное поведение, в частности зависимое от психоактивных веществ, может иметь разнообразную структуру и динамические характеристики, формироваться как изолированное явление или как явление группового порядка, сочетаться с иными клиническими формами или быть единичным феноменом, быть устойчивым или неустойчивым, иметь различную направленность и социальную значимость.

*Индивидуальные (изолированные) девиации* включают в себя все клинические формы и типы отклоняющегося поведения, при кото-

рых оно не носит характера непосредственной связи с поведением окружающих. Нарушение правовых, этических или эстетических норм происходит в данном случае вне связи с микросоциальными паттернами поведения. Нередко индивид осознанно стремится к выбору изолированной девиации, желая кардинально отличаться от окружения или конфронтируя «со всеми и вся». Иногда он может не обращать внимания на наличие или отсутствие девиантных форм поведения у близкого окружения, т.е. игнорировать реальность, не «изобретая» новую оригинальную девиацию. Особо ярко индивидуальные девиации проявляются при психопатологическом и патохарактерологическом типах отклоняющегося поведения. Известна лишь одна разновидность группового психопатологического девиантного поведения, носящего название индуцированного – сформированного по механизмам прямого или косвенного внушения индивиду норм поведения и паттернов осмысления действительности, произведенному авторитетным для него человеком, находящимся в болезненном психическом состоянии. Классическим примером является индуцированное бредовое поведение близких родственников душевнобольного.

К изолированным девиациям относятся коммуникативные формы отклоняющегося поведения (аутистическое и нарциссическое поведения, гиперобщительность), аутоагрессивное поведение в виде суицидальных попыток (хотя возможны и групповые формы т.н. ритуальных суицидов), нарушения пищевого поведения (анорексия или булимия), аномалии сексуального поведения и развития, сверхценные психопатологические увлечения («философическая интоксикация», сутяжничество и кверулянство, разновидности маний – клептомания, дромомания и др.), злоупотребление веществами, вызывающими изменения психической деятельности (наркотическая и алкогольная зависимость).

Наиболее часто наблюдаются *групповые девиации*. Их отличительной чертой является облигатность сходных форм девиантного поведения у близкого окружения (созависимость), идолов, авторитетных лиц в референтной группе. Подавляющее большинство возрастных (особенно подростковых) вариантов отклоняющегося поведения относится к групповым. Так, к примеру характерологические и патохарактерологические реакции подростков носят групповой характер. Реакции группирования со сверстниками, эмансипации, имитации, оппозиции, а также такие клинические формы девиантного поведения как спортивный, музыкальный или религиозный фанатизм, коллекционирование и «паранойя здоровья», как правило, формируются не изолированно, а в группе. Часто такие девиации не могут существовать вне группы или коллектива и корригируются изоляцией человека.

В основе формирования групповых разновидностей девиантного поведения лежит принцип группового давления и низкой толерантности к этому давлению, чего не наблюдается при изолированных (индивидуальных) девиациях. Подросток, основываясь на специфи-

ческих индивидуальных возрастных особенностях, склонен вначале дистанцироваться от взрослых и осознанно выбирать референтную группу. В дальнейшем уже сама группа в силу внутригрупповых закономерностей нацелена карать своих отклоняющихся от «общей линии» членов, поскольку они могут создавать препятствия на пути общегруппового движения. Таким образом, происходит становление группового отклоняющегося поведения, при котором всецелое принятие групповых взглядов сочетается с подавлением собственных сомнений в правильности, нормативности своего поведения.

Групповое давление на индивида способно оказывать как референтная группа, так и семья. Групповое давление и формирование девиантного поведения может происходить в рамках профессиональных и построенных на какой-либо идеологии коллективов, а также в группах «по интересам». Так, профессиональное, конфессиональное, «хоббиальное» или любое иное сообщество людей способно гласно или негласно требовать от ее члена соблюдения норм, которые фактически могут носит оттенки отклоняющегося поведения. Байкерские нормы диктуют необходимость выбирать мотоцикл с максимально мощным и громким звуком мотора и эпатажно демонстрировать его звучность в период, когда обыватель нацелен на тишину. От последователя какого-либо религиозного течения требуется громко много часов подряд нечленораздельно в молитвах в виде крика обращаться к божеству. Проституткам, в соответствии с «кодексом чести», запрещено испытывать оргазм «на работе».

*Семейные* разновидности групповых девиаций демонстрируют отклоняющиеся паттерны поведения целой семьи или части ее членов, связанных с процессом группового давления. Это могут быть прямые влияния родителей на ребенка (например, вовлечение его в деятельность тоталитарной секты или оздоровительной группы) или опосредованная трансляция девиантных традиций (к примеру, злоупотребление алкоголем или сверхценные увлечения, стереотипы пищевого поведения). Возможны и обратные воздействия ребенка с отклоняющимся поведением на родителей (формирование патохарактерологического типа девиантного поведения в виде чрезмерной общественной или иной активности у матерей, дети которых страдают, к примеру, наркоманией). Семейные девиации представляют собой устойчиво поддерживаемый и поощряемый группой (семьей) поведенческий стереотип. Зачастую семьи с девиантными формами группового поведения объединяются на базе этих отклонений и формируют новые группы — ***метасемьи.*** Известны т.н. «шведские семьи», объединяющим моментом которых служит приоритетность в выборе групповых сексуальных взаимодействий. Религиозные коммуны, требующие от своих членов отречься от прежних семей и образовать новую духовную общность, приписывающую себе еще и семейные функции. Нередко лица с девиантными формами поведения строят свою семью на базе сходства отклоняющихся интересов и форм поведения.

Девиантные формы поведения могут быть временными и постоянными, устойчивыми и неустойчивыми. Для *временных девиаций* характерна малая длительность существования отклоняющегося поведения, часто связанная с групповым давлением и невозможностью быть вне группы. Так, подросток может проявлять девиантные формы поведения лишь в течение срока нахождения в лагере отдыха вместе со сверстниками, быть агрессивным только в группе. Или умеренно пьющий человек может злоупотреблять спиртными напитками под психологическим давлением попутчиков или сослуживцев во время командировки. К *постоянным девиациям* относят такие формы отклоняющегося поведения, которые имеют склонность к длительному существованию и малой зависимости от внешних воздействий. Они составляют большинство девиантных форм поведения. *Устойчивые девиации* характеризуются монофеноменологичностью, т.е. в поведении человека преобладает лишь какая-либо единственная форма отклоняющегося поведения. При *неустойчивой девиации* отмечается склонность к частой смене клинических проявлений девиации. Например, у человека могут чередоваться девиации в виде злоупотребления наркотическими веществами и нарушения пищевого поведения. К примеру, наш испытуемый девиант Т., 50 лет, вылечившись от алкоголизма, вначале стал приверженцем одного из учений об оздоравливающей жизни с соответствующей отклоняющейся структурой поведения, а затем увлекся азартными играми (гемблингом) и проиграл на игровых автоматах большую сумму денег, заложив под них квартиру. В структуре его характера и личности был сформирован «каркас для нанизывания» на него разнообразных девиаций.

Выделяются стихийные и спланированные, структурированные (организованные) и неструктурированные (слабоорганизованные) разновидности отклоняющегося поведения. *Стихийные девиации* имеют склонность к быстрому, хаотичному и незапланированному формированию. Они возникают под влиянием внешних обстоятельств и характеризуются временным характером. В таком случае девиантное поведение специально не запланировано, однако и не исключено из поведенческой программы. Стечение обстоятельств и эмоциональный настрой индивида являются решающими в появлении неадекватного поведения. Провоцирующим моментом могут служить действия окружающих. Нередко стихийно совершаются агрессивные и аутоагрессивные поступки при делинквентном и патохарактерологическом типах девиантного поведения. *Спланированные девиации* носят характер регламентированности, заданности и строгой очерченности. Человек заранее готовится к их реализации, нередко испытывает «предстартовое волнение», радостное и одновременно беспокойное ожидание данного вида деятельности. К спланированным девиациям относятся, примеру, гемблинг и употребление алкоголя или наркотиков. При них можно отметить наличие подготовительного периода, во время которого девиант с вожделением ожидает возможнос-

ти включиться в азартную игру или появления «группы единомышленников». В рамках групповых девиаций возможны различные степени их сплоченности вокруг отклоняющейся формы поведения. Сектантство подразумевает сплоченность и структурированность, а для группы филателистов характерна малая организованность. Под *структурированной (организованной) девиацией* понимается групповая форма отклоняющегося поведения, в рамках которой четко расписаны роли всех ее участников. Для *неструктурированной (слабоорганизованной)* разновидности группового отклоняющегося поведения характерно отсутствие иерархических взаимоотношений, регламентации поступков.

Девиантные формы поведения по структуре могут быть также экспансивными и неэкспансивными, альтруистическими и эгоистическими. *Экспансивные девиации* в отличие от *неэкспансивных* характеризуются вторжением в сферы жизни и деятельности окружающих людей, зачастую склонностью игнорировать их интересы и даже посягать на их свободы (например, агрессивное или гиперобщительное поведение, сексуальные аномалии). При неэкспансивных девиациях индивид своим поведением формально может не задевать интересы окружающих (к примеру, нарушения пищевого поведения и аутизм). Неэкспансивные девиации отличаются саморазрушающим для личности девианта характером, когда неадекватная и неэффективная деятельность приводит к личностной деградации или блокированию личностного роста.

Подавляющее большинство форм отклоняющегося поведения можно назвать эгоистически ориентированными. *Эгоистические девиации* отличаются нацеленностью на получение удовлетворения или личной выгоды. Злоупотребление алкоголем, наркотическими веществами, сексуальные девиации и перверсии пропитаны желанием и стремлением индивида получить новые ощущения, «ублажить себя», испытать радость. *Альтруистические девиации* напротив направлены на интересы других людей, нередко сочетаются со склонностью к самопожертвованию и самоуничижению. Альтруистические цели может преследовать суицидальное поведение, если человек пытается расстаться с жизнью ради близких, божества, которому поклоняется или «ради всего человечества». В основе созависимого поведения лежит альтруизм.

По параметру осознаваемости и критичности можно выделить осознаваемые и неосознаваемые девиации. *Осознаваемые девиации* представляют собой отклоняющиеся формы поведения, которые человек осознает как отклоняющиеся от нормы и по отношению к которым он может испытывать негативные эмоции и желание их исправить. Критичность чаще носит волнообразный характер. *Неосознаваемые девиации*, как правило, встречаются в рамках психопатологического типа девиантного поведения на базе психических расстройств. Они характеризуются полной спаенностью отклоняющейся формы поведения с личностью девианта, его убежденностью в том, что поведение носит характер адекватный по сравнению с поступка-

ми окружающих и их отношением к нему, а также отсутствием стремления изменить что-либо в своем поведении.

Используя «теорию ярлыков» Г.Беккера, предлагается выделять две разновидности девиаций, различающихся механизмами формирования (McCaghy): первичные и вторичные. *Первичные девиации* представляют собой любые формы ненормативного поведения. *Вторичные девиации* возникают в результате вольного или невольного следования девиантом за приклеенным ему обществом ярлыком, желания оправдывать их ожидания, стремиться подтвердить справедливость их мнений и убеждений в отношении собственного отклоняющегося поведения. Наиболее ярко вторичные девиации проявляются у проходящих реабилитацию наркозависимых в ситуациях провоцирования со стороны близких или окружения.

## *Взаимодействие индивида с реальностью и типы девиантного поведения*

Основой оценки девиантного поведения человека является анализ его взаимодействий с реальностью, поскольку главенствующий принцип нормы – адаптивность – исходит из приспособления (адаптивности) по отношению к чему-то и кому-то, т.е. реальному окружению индивида. Взаимодействия индивида и реальности можно представить шестью способами (рис. 1).

При *противодействии реальности* индивид активно пытается разрушать ненавистную ему действительность, изменять ее в соответствии с собственными установками и ценностями. Он убежден, что все проблемы, с которому он сталкивается обусловлены факторами действительности, и единственным способом достижения своих целей является борьба с действительностью, попытка переделать реальность под себя или максимально извлечь выгоду из нарушающего нормы общества поведения. При этом ответом со стороны действительности по отношению к такому индивиду становится также противодействие, изгнание или попытка изменить индивида, подстроить его под требования реальности. Противостояние реальности встречается при криминальном и делинквентном поведении. Например, употребление наркотических средств может быть обусловлено желанием подростка продемонстрировать собственную независимость от окружающих (взрослость) или даже «на зло» родным.

*Болезненное противостояние реальности* обусловлено признаками психической патологии и психопатологическими расстройствами, при котором окружающий мир воспринимается враждебным в связи с субъективным искажением его восприятия и понимания. Симптомы психического заболевания нарушают возможность адекватно оценить мотивы поступков окружающих и вследствие этого эффективное взаимодействие с окружением становится затруднительным. Если при противостоянии реальности здоровый человек осознанно

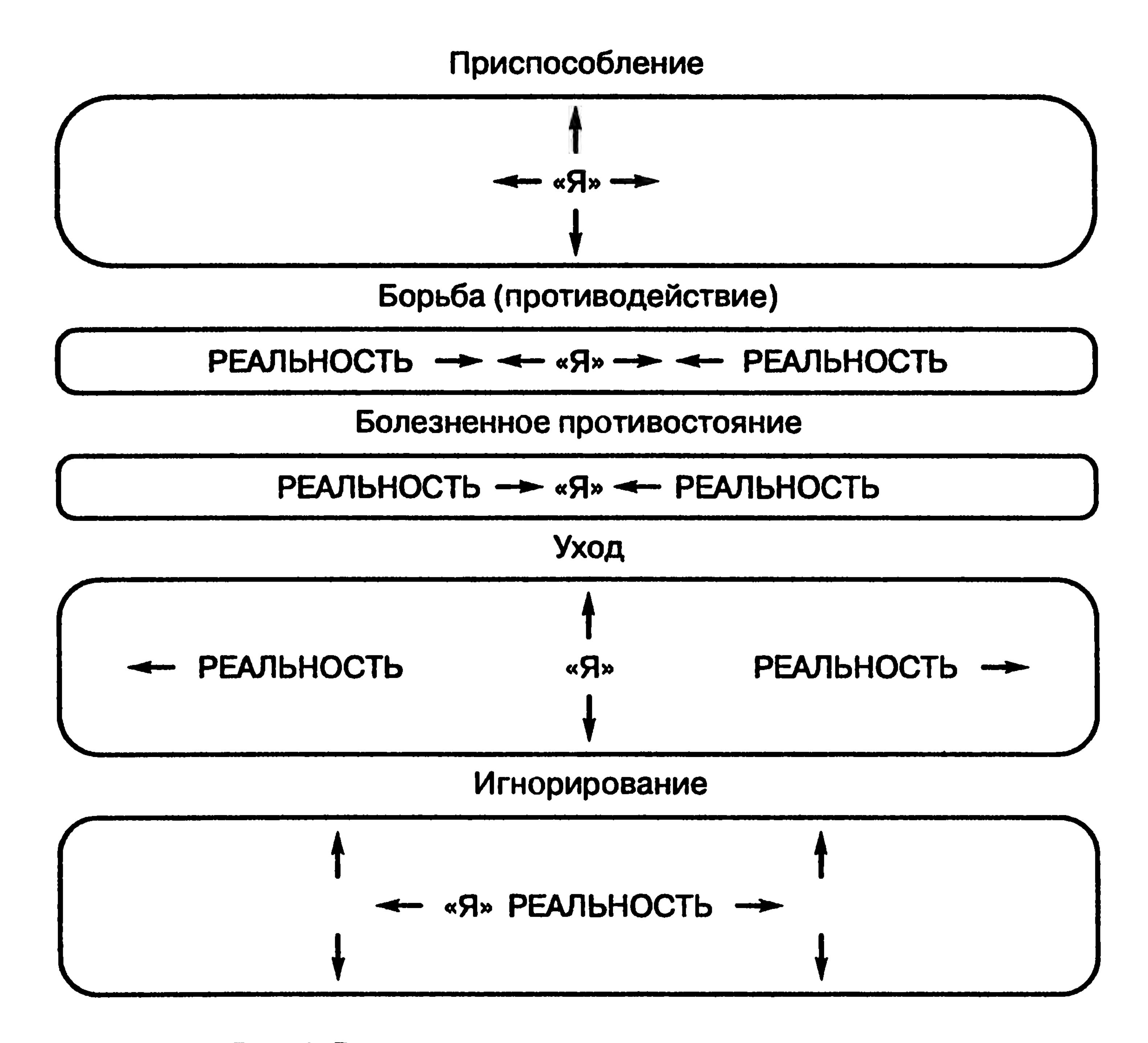



**Рис. 1.** Взаимодействие индивида с реальностью.

выбирает путь борьбы с действительностью, то при болезненном противостоянии у психически больного человека данный способ взаимодействия является единственным и вынужденным.

Способ взаимодействия с действительностью в виде *ухода от реальности* осознанно или неосознанно выбирают люди, которые расценивают реальность негативно и оппозиционно, считая себя неспособными адаптироваться к ней. Они могут также ориентироваться на нежелание приспосабливаться к действительности, «не заслуживающей того, чтобы к ней приспосабливались» по причине несовершенства, консервативности, единообразия, подавления экзистенциальных ценностей или откровенно антигуманной деятельности. Уход в мир наркотического дурмана – одна из разновидностей ухода от реальности.

*Игнорирование реальности* проявляется автономизацией жизни и деятельности человека, когда он не принимает в расчет требования и нормы реальности, существуя в собственном узкопрофессиональном мире. При этом не происходит ни столкновения, ни противодействия, ни ухода от реальности. Стороны существуют как бы сами

по себе. Подобный вариант взаимодействия с реальностью довольно редок и встречается лишь у небольшого числа повышенно одаренных, талантливых людей с гиперспособностями в какой-либо одной области.

Гармоничный человек, как было показано выше, выбирает *приспособление к реальности*. Однако нельзя однозначно исключать из ряда гармоничных индивидов лиц, которые используют, к примеру, способ ухода от реальности. Это связано с тем, что реальность, также как и отдельный индивид может носить негармоничный характер. Например, добровольное приспособление к условиям авторитарного режима, разделение его ценностей и выбор соответствующего поведения нельзя рассматривать как гармоничное.

В зависимости от способов взаимодействия с реальностью и нарушения тех или иных норм общества девиантное поведение разделяется на пять **типов** (рис. 2).

С нашей точки зрения, девиантным поведением следует считать любое по степени выраженности, направленности или мотивам поведение, отклоняющееся от критериев той или иной общественной нормы. При этом критерии обусловливаются нормами следования правовым указаниям и регламентациям (нормы законопослушания), моральным и нравственно-этическим предписаниям (так называемым общечеловеческим ценностям), этикету и стилю. Некоторые из данных норм имеют абсолютные и однозначные критерии, расписанные в законах и указах, другие – относительные, которые передаются из уст в уста, транслируются в виде традиций, верований или семейных, профессиональных и общественных регламентаций.

### Делинквентный тип девиантного поведения

Разновидностью преступного (криминального) поведения человека является **делинквентное поведение** – отклоняющееся поведение в крайних своих проявлениях представляющее уголовно наказуемое деяние. Отличия делинквентного от криминального поведения ко-

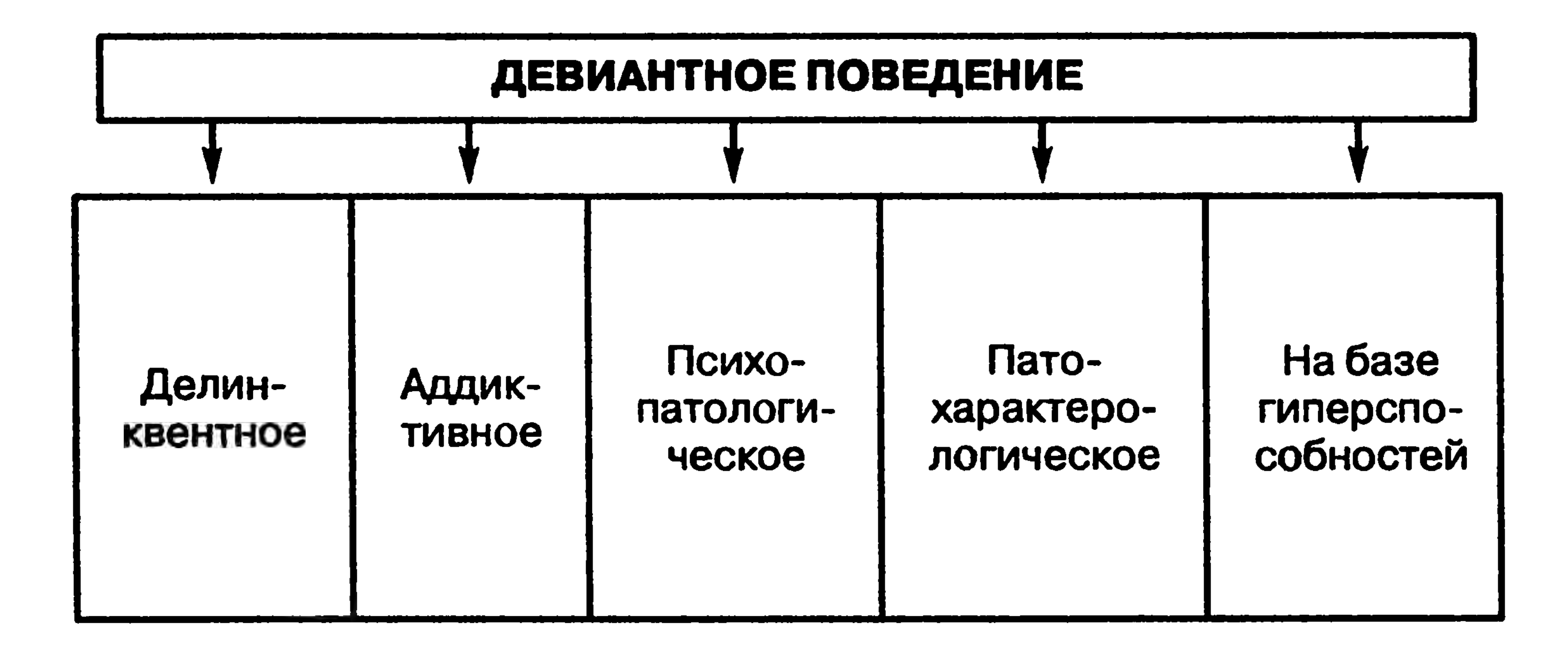



**Рис. 2.** Типы девиантного поведения.

ренятся в тяжести правонарушений, выраженности антиобщественного их характера. Правонарушения делятся на преступления и *проступки.* Суть проступка заключается не только в том, что он не представляет существенной общественной опасности, но и в том, что отличается от преступления мотивами совершения противоправного действия.

К.К.Платонов выделил следующие типы личности преступников: 1) определяется соответствующими взглядами и привычками, внутренней тягой к повторным преступлениям; 2) определяется неустойчивостью внутреннего мира, личность совершает преступление под влиянием сложившихся обстоятельств или окружающих лиц; 3) определяется высоким уровнем правосознания, но пассивным отношением к другим нарушителям правовых норм; 4) определяется не только высоким уровнем правосознания, но и активным противодействием или попытками противодействия при нарушении правовых норм; 5) определяется возможностью только случайного преступления. В группу лиц с делинквентным поведением относят представителей второй, третьей и пятой групп. У них в рамках волевого сознательного действия в силу индивидуально-психологических особенностей ***нарушается или блокируется процесс предвосхищения будущего*** результата деликта (проступка). Такие индивиды легкомысленно, часто под влиянием внешней провокации совершают противоправное деяние, не представляя его последствий. Сила побудительного мотива к определенному действию тормозит анализ отрицательных (в том числе, и для самого человека) его последствий. Нередко делинквентные действия опосредуются ситуационно-импульсными или аффектогенными мотивами. В основе ситуационно-импульсных преступных действий лежит тенденция к разрешению внутреннего конфликта, под которым понимается наличие неудовлетворенной потребности (С.А.Арсентьев). Реализуются ситуационно-импульсные мотивы, как правило, без этапа предварительного планирования и выбора адекватных объектов, целей, способов и программы действия для удовлетворения актуальной потребности.

Делинквентное поведение может проявляться, к примеру, в озорстве и желании развлечься. Подросток из любопытства и «за компанию» может бросать с балкона тяжелые предметы (или еду) в прохожих, получая удовлетворение от точности попадания в «жертву». В виде шалости человек может позвонить в диспетчерскую аэропорта и предупредить о якобы заложенной в самолете бомбе. С целью привлечения внимания к собственной персоне («на спор») молодой человек может попытаться залезть на телевизионную башню или украсть у учителя из сумки записную книжку. Иногда употребление алкоголя или наркотика также носит характер проступка.

Различие делинквентного и криминального поведения коренится не в возрасте, с которого наступает уголовная ответственность (деликты могут совершать и взрослые, и даже пожилые), а в степени осознания индивидом своих противоправных поступков и действий, их социальной значимости и вредоносных последствий для окружа-

ющих. Используя образное выражение Е.Анчел, к делинквентному поведению можно отнести *«преступные действия, намерения которых были невинными»*. Основой делинквентного поведения взрослого и пожилого человека является психический инфантилизм с комплексом характерных признаков: неумением разводить идеальные и реальные цели, не соответствующей возрасту наивностью и прямодушием, детской восторженностью, эгоцентризмом, формально-обязательным выполнением долга и подчиняемостью, нежеланием и неумением прогнозировать возможные будущие нежелательные события (антиципационной несостоятельностью), повышенной обидчивостью, потребностью в утешении и опеке, склонностью к резким колебаниям настроения и выраженным аффективным реакциям.

#### Аддиктивный тип девиантного поведения

**Аддиктивное поведение** – это один из типов девиантного (отклоняющегося) поведения с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксацией внимания на определенных видах деятельности с целью развития и поддержания интенсивных эмоций (Короленко Ц.П., Донских Т.А.).

Основным мотивом личностей, склонных к аддиктивным формам поведения, является активное изменение неудовлетворяющего их психического состояния, которое рассматривается ими чаще всего как «серое», «скучное», «монотонное», «апатичное». Такому человеку не удается обнаружить в реальной действительности какие-либо сферы деятельности, способные привлечь надолго его внимание, увлечь, обрадовать или вызвать иную существенную и выраженную эмоциональную реакцию. Жизнь видится ему неинтересной в силу ее обыденности и однообразности. Он не приемлет того, что считается в обществе нормальным: необходимости что-либо делать, заниматься какой-нибудь деятельностью, соблюдать какие-то принятые в семье или обществе традиции и нормы. Можно говорить о том, что у индивида с аддиктивной нацеленностью поведения значительно снижена активность в обыденной жизни, наполненной требованиями и ожиданиями. При этом аддиктивная активность носит избирательный характер – в тех областях жизни, которые пусть временно, но приносят человеку удовлетворение и вырывают его из мира эмоциональной стагнации и бесчувственности, он может проявлять недюжинную активность для достижения цели. В этом отношении показателен пример наркомана, для которого вся окружающая жизнь неинтересна и в которой он пассивен. При этом его стремление ввести себе наркотическое вещество, приобрести его отражается в недюжинной энергии, активности и азарте.

Выделяются следующие психологические особенности лиц с аддиктивными формами поведения (B.Segal):

1. Сниженная переносимость трудностей повседневной жизни, наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций.

2. Скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством.

3. Внешняя социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими эмоциональными контактами.

4. Стремление говорить неправду.

5. Стремление обвинять других, зная, что они невиновны.

6. Стремление уходить от ответственности в принятии решений.

7. Стереотипность, повторяемость поведения.

8. Зависимость.

9. Тревожность.

Основными, в соответствии с имеющимися критериями, особенностями индивида со склонностью к аддиктивным формам поведения является рассогласование психологической устойчивости в случаях обыденных отношений и кризисов. В норме, как правило, психически здоровые люди легко («автоматически») приспосабливаются к требованиям обыденной (бытовой) жизни и тяжелее переносят кризисные ситуации. Они, в отличие от лиц с разнообразными аддикциями, стараются избегать кризисов и волнующих нетрадиционных событий.

Классическим антиподом аддиктивной личности выступает *обыватель* – человек, живущий, как правило, интересами семьи, родственников, близких людей и хорошо приспособленный к такой жизни. Именно обыватель вырабатывает устои и традиции, становящиеся общественно поощряемыми нормами. Он консервативен по своей сути, не склонен что-либо менять в окружающем мире, довольствуется тем, что имеет («маленькими радостями жизни»), старается исключить риск до минимума и гордится своим «правильным образом жизни».

В отличии от него аддиктивной личности напротив претит традиционная жизнь с ее устоями, размеренностью и прогнозируемостью, когда «еще при рождении знаешь, что и как произойдет с данным человеком». Предсказуемость, заданность собственной судьбы является раздражающим моментом для аддиктивной личности. Кризисные же ситуации с их непредсказуемостью, риском и выраженными аффектами являются для них той почвой, на которой они обретают уверенность в себе, самоуважение и чувство превосходства над другими. У аддиктивной личности отмечается *феномен «жажды острых ощущений»* (В.А.Петровский), характеризующийся побуждением в риску, обусловленным опытом преодоления опасности.

По мнению E.Bern, у человека существует шесть видов «голода»:

- голод по сенсорной стимуляции;
- голод по признанию;
- голод по контакту и физическому поглаживанию;
- сексуальный голод;
- структурный голод, или голод по структурированию времени;
- голод по инцидентам.

В рамках аддиктивного типа поведения каждый из перечисленных видов голода обостряется. Человек не находит удовлетворения

чувства «голода» в реальной жизни и стремится снять дискомфорт и неудовлетворение реальностью стимуляцией тех или иных видов деятельности. Он пытается достичь повышенного уровня сенсорной стимуляции (отдает приоритет интенсивным воздействиям, громкому звуку, резким запахам, ярким изображениям), признания неординарными его поступков (в том числе, сексуальных), заполненности времени событиями.

Вместе с тем, объективно и субъективно *плохая переносимость трудностей повседневной жизни*, постоянные упреки в неприспособленности и отсутствии жизнелюбия со стороны близких и окружающих формируют у аддиктивных личностей *скрытый «комплекс неполноценности»*. Они страдают от того, что отличаются от других, от того, что не способны «жить как люди». Однако такой временно возникающий «комплекс неполноценности» оборачивается гиперкомпенсаторной реакцией. От заниженной самооценки, навеваемой окружающими, индивиды переходят сразу к завышенной, минуя адекватную. Появление чувства превосходства над окружающими выполняет защитную психологическую функцию, способствуя поддержанию самоуважения в неблагоприятных микросоциальных условиях – условиях конфронтации личности с семьей или коллективом. Чувство превосходства зиждется на сравнении «серого обывательского болота», в котором находятся все окружающие и «настоящей свободной от обязательств жизни» аддиктивного человека.

Учитывая тот факт, что давление на таких людей со стороны социума оказывается достаточно интенсивным, аддиктивным личностям приходится подстраиваться под нормы общества, играть роль «своего среди чужих». Вследствие этого, он научается формально исполнять те социальные роли, которые ему навязываются обществом (примерного сына, учтивого собеседника, добропорядочного коллеги). *Внешняя социабельность*, легкость налаживания контактов сопровождается манипулятивным поведением и поверхностностью эмоциональных связей. Такой человек *страшится стойких и длительных эмоциональных контактов* вследствие быстрой потери интереса к одному и тому же человеку или виду деятельности и опасения приписывания ответственности за какое-либо дело. Мотивом поведения «закоренелого холостяка» (категорического отказа связать себя узами брака и иметь потомство) в случае преобладания аддиктивных форм поведения может быть *страх ответственности* за возможную супругу и детей и зависимости от них. По сходному механизму многие наркозависимые и больные алкоголизмом поддерживают миф о том, что «бывших наркоманов (алкоголиков) не бывает». Они страшатся ответственности, которая может лечь на их плечи в процессе лечения и реабилитации.

*Стремление говорить неправду*, обманывать окружающих, а также обвинять других в собственных ошибках и промахах вытекают из структуры аддиктивной личности, которая пытается скрыть от окружающих собственный «комплекс неполноценности», обусловлен-

ный неумением жить в соответствии с устоями и общепринятыми нормами.

Базисной характеристикой аддиктивной личности является **зависимость** (более подробно в следующей главе). Для оценки отнесения человека к зависимому типу выделяют перечисленные ниже признаки, пяти из которых достаточно для диагностики клинической зависимости:

1. Неспособность принимать решения без советов других людей;
2. Готовность позволять другим принимать важные для него решения;
3. Готовность соглашаться с другими из страха быть отвергнутым, даже при осознании, что они не правы;
4. Затруднения начать какое-то дело самостоятельно;
5. Готовность добровольно идти на выполнение унизительных или неприятных работ с целью приобрести поддержку и любовь окружающих;
6. Плохая переносимость одиночества — готовность предпринимать значительные усилия, чтобы его избежать;
7. Ощущение опустошенности или беспомощности, когда обрывается близкая связь;
8. Охваченность страхом быть отвергнутым;
9. Легкая ранимость, податливость малейшей критике или неодобрения со стороны.

Наряду с зависимостью, основным в поведении аддиктивной личности является стремление к уходу от реальности, страх перед обыденной, наполненной обязательствами и регламентациями «скучной» жизнью, склонность к поиску запредельных эмоциональных переживаний даже ценой серьезного риска и неспособность быть ответственным за что-либо.

Уход от реальности совершается при аддиктивном поведении в виде своеобразного «бегства», когда взамен гармоничному взаимодействию со всеми аспектами действительности происходит активация в каком-либо одном направлении. При этом человек сосредоточивается на узконаправленной сфере деятельности (часто негармоничной и разрушающей личность), игнорируя все остальные. В соответствии с концепцией N.Peseschkian, существует четыре вида **«бегства» от реальности**: *«бегство в тело», «бегство в работу», «бегство в контакты или одиночество»* и *«бегство в фантазии»* (рис. 3).

При выборе ухода от реальности в виде *«бегства в тело»* происходит замещение традиционной жизнедеятельности, направленной на семью, служебный рост или хобби, изменение иерархии ценностей обыденной жизни, переориентация на деятельность, нацеленную лишь на собственное физическое или психическое усовершенствование. При этом гиперкомпенсаторным становится увлечение оздоровительными мероприятиями (т.н. «паранойя здоровья»), сексуальными взаимодействиями (т.н. «поиск и ловля оргазма»), собственной внешностью, качеством отдыха и способами расслабления. *«Бегство в работу»* характеризуется дисгармоничной фиксацией на

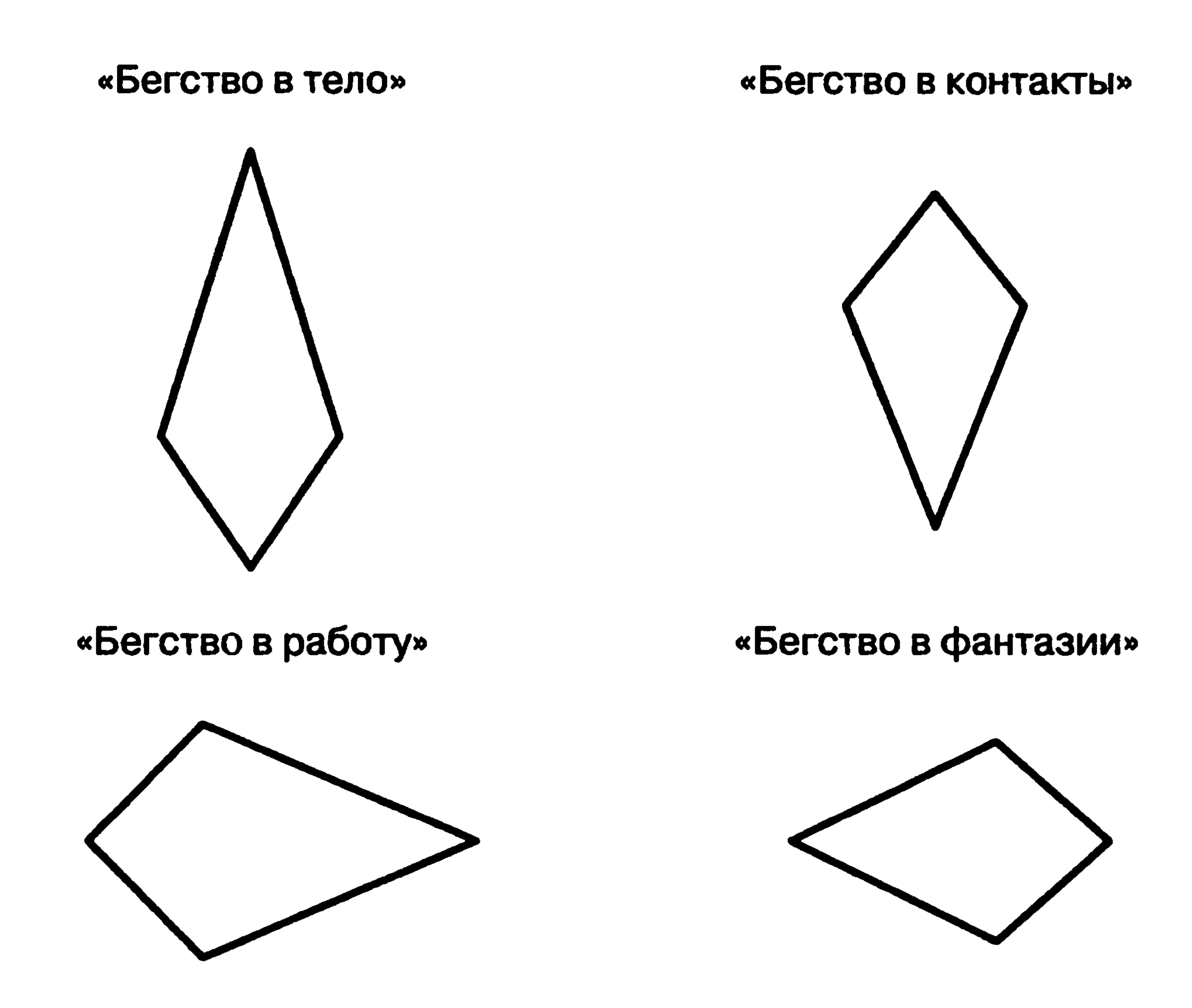



**Рис. 3.** Виды «бегства от реальности».

служебных делах, которым человек начинает уделять непомерное в сравнении с другими областями жизни время, становясь трудоголиком. Изменение ценности коммуникации формируется в случае выбора поведения в виде *«бегства в контакты или одиночество»*, при котором общение становится либо единственно желанным способом удовлетворения потребностей, замещая все иные, либо количество контактов сводится к минимуму. Склонность к размышлениям, прожектам при отсутствии желания что-либо воплотить в жизнь, совершить какое-нибудь действие, проявить какую-нибудь реальную активность называется *«бегством в фантазии»*. В рамках подобного ухода от действительности появляется интерес к псевдофилософским исканиям, религиозному фанатизму, жизни в мире иллюзий и фантазий.

Употребление и злоупотребление алкоголем, табаком или наркотическими веществами можно рассматривать как сочетанное бегство – «в тело» (поиск новых ощущений), «в контакты» и «в фантазии».

### Патохарактерологический тип девиантного поведения

Под **патохарактерологическим типом девиантного поведения** понимается поведение, обусловленное патологическими изменениями характера, сформировавшимися в процессе воспитания. К ним относятся т.н. *расстройства личности (психопатии) и явные или выраженные акцентуации характера*. Дисгармоничность черт характера

приводит к тому, что изменяется вся структура психической деятельности человека. В выборе своих поступков он часто руководствуется не реалистичными и адекватно обусловленными мотивами, а существенно измененными «мотивами психопатической самоактуализации». Сущностью данных мотивов является ликвидация личностного диссонанса, в частности рассогласования между идеальным «Я» и самооценкой. По данным Л.М.Балабановой, *при эмоционально-неустойчивом расстройстве личности (возбудимой психопатии)* наиболее частым мотивом поведения является стремление к реализации неадекватно завышенного уровня притязаний, тенденция к доминированию и властвованию, упрямство, обидчивость, нетерпимость к противодействию, склонность к самовзвинчиванию и поискам поводов для разрядки аффективного напряжения. У лиц с *истерическим расстройством личности (истерической психопатией)* мотивами девиантного поведения выступают, как правило, такие качества, как эгоцентризм, жажда признания, завышенная самооценка. Переоценка своих реальных возможностей ведет к тому, что ставятся задачи, соответствующие иллюзорной самооценке, совпадающей с идеальным «Я», но превышающие возможности личности. Важнейшим мотивационным механизмом является стремление к манипулированию окружающими и контролю над ними. Окружение рассматривается лишь как орудия, которые должны служить удовлетворению потребностей данного человека. У индивидов с *ананкастными и тревожными (уклоняющимися) личностными расстройствами (психастенической психопатией)* патологическая самоактуализация выражается в сохранении ими привычного стереотипа действий, в уходе от перенапряжений и стрессов, нежелательных контактов, в сохранении личностной независимости. При столкновении таких людей с окружающими, с непосильными задачами в силу ранимости, мягкости, низкой толерантности к стрессу они не получают положительного подкрепления, чувствуют себя обиженными, преследуемыми.

По мнению И.Н.Пятницкой и многих других исследователей-наркологов, типичным для наркоманов является гипертимный тип акцентуации характера. Он проявляется повышенным настроением, коммуникабельностью, легкомысленностью, повышенной активностью.

К патохарактерологическим девиациям относят отклонения поведения на базе *невротических расстройств и невротических развитий личности* – патологические формы поведения и реагирования, сформированные в процессе неврозогенеза. В большей степени они представлены обсессивными симптомами в рамках обсессивного развития (по Лакосиной Н.Д., 1970). Девиации проявляются в виде невротических навязчивостей и ритуалов, которые пронизывают всю жизнедеятельность человека. В зависимости от их клинических проявлений человек может выбирать способы болезненного противостояния реальности. К примеру, человек с навязчивыми ритуалами может подолгу и в ущерб своим планам совершать стереотипные действия (открывать и закрывать двери, определенное количество

раз пропускать подходящий к остановке троллейбус), целью которых является снятие состояния эмоционального напряжения и тревоги.

К сходному параболезненному патохарактерологическому состоянию относят поведение в виде поведения, основанного на *символизме и суеверных ритуалах*. В подобных случаях поступки человека зависят от его мифологического и мистического восприятия действительности. Выбор действий строится на основе символического истолкования внешних событий. Человек, например, может отказаться от необходимости совершить какой-либо поступок (жениться, сдавать экзамен и даже выйти на улицу) в связи с «неподходящим расположением небесных светил» или иными псевдонаучными трактовками действительности и суевериями.

### Психопатологический тип девиантного поведения

**Психопатологический тип девиантного поведения** основывается на психопатологических симптомах и синдромах, являющихся проявлениями тех или иных психических расстройств и заболеваний. Как правило, мотивы поведения психически больного остаются непонятными до тех пор, пока не будут обнаружены основные признаки психических расстройств. Пациент может проявлять отклоняющееся поведение в силу нарушений восприятия – галлюцинаций или иллюзий (например, затыкать уши или к чему-то прислушиваться, искать несуществующий объект, разговаривать с собой), нарушений мышления (высказывать, отстаивать и пытаться добиваться поставленных целей на основе бредового истолкования действительности, активно ограничивать сферы своего общения с окружающим миром в силу навязчивых идей и страхов), совершать нелепые и понятные поступки или месяцами бездействовать, совершать стереотипные вычурные движения или надолго застывать в однообразной позе из-за нарушений волевой активности.

Нередко на базе алкоголизма или наркомании возникают психотические расстройства, которые определяют новый девиантный стереотип поведения человека. Кроме того, его поведение может меняться в зависимости от того, в каком состоянии он находится – в состоянии алкогольного (наркотического) опьянения или абстиненции.

Разновидностью патохарактерологического, психопатологического и аддиктивного типов девиантного поведения является *саморазрушающее (аутодеструктивное) поведение*. Суть его заключается в том, что система поступков человека направлена не на развитие и личностный рост, и не на гармоничное взаимодействие с реальностью, а на деструкцию личности. Агрессия направляется на себя (аутоагрессия), внутрь самого человека, тогда как действительность рассматривается как что-то оппозиционное, не дающее возможности полноценной жизни и удовлетворения насущных потребностей. Аутодеструкция проявляется в виде суицидального поведения, наркотизации и алкоголизации и некоторых других разновидностей девиаций. Мотивами к саморазрушающему поведению становятся ад-

дикции и неспособность справляться с обыденной жизнью, патологические изменения характера, а также психопатологические симптомы и синдромы.

**Основанный на гиперспособностях тип девиантного поведения**

Особым типом отклоняющегося поведения считают **девиации, обусловленные гиперспособностями человека** (Платонов К.К.). Выходящими за рамки обычного, нормального рассматривают человека, способности которого значительно и существенно превышают среднестатистические способности. В подобных случаях говорят о проявлениях одаренности, таланта, гениальности в какой-либо одной из деятельностей человека. Отклонение в сторону одаренности в одной области часто сопровождается девиациями в обыденной жизни. Такой человек оказывается нередко неприспособленным к «бытовой, приземленной» жизни. Он не способен правильно понимать и оценивать поступки и поведение других людей, оказывается наивным, зависимым и неподготовленным к трудностям повседневной жизни. Если при делинквентном поведение наблюдается противоборство во взаимодействии с реальностью, при аддиктивном – уход от реальности, при патохарактерологическом и психопатологическом – болезненное противостояние, то при поведении, связанном с гиперспособностями – *игнорирование реальности.* Человек существует в реальности («здесь и теперь») и одновременно как бы живет в собственной реальности, не размышляя о необходимости «объективной реальности», в которой действуют другие окружающие люди. Он расценивает обычный мир как что-то малозначимое, несущественное и поэтому не принимает никакого участия во взаимодействии с ним, не вырабатывает стиля эмоционального отношения к поступкам и поведению окружающих, принимает любое происходящее событие отрешенно. Вынужденные контакты воспринимаются человеком с гиперспособностями как необязательные, временные и не воспринимаются как значимые для его личностного развития. Внешне в обыденной жизни поступки такого человека могут носить характер чудаковатости. К примеру, он может не знать как пользуются бытовыми приборами, как совершаются обыденные действия. Весь интерес сосредоточен у него на деятельности, связанной с неординарными способностями (музыкальными, математическими, художественными и иными).

Подытоживая рассмотрение типов девиантного поведения, можно указать на тот факт, что зависимость от психоактивных веществ (например, от наркотиков) может включаться в рамки любого из перечисленных типов.

В рамках делинквентного наркотического поведения основным мотивом употребления наркотических веществ можно считать стремление противостоянию реальности, протест против доминирующих в обществе и микросоциуме норм поведения, эпатаж, стремление «взорвать ситуацию», действовать «на зло» родителям, учите-

лям. Индивид активно пытается разрушать ненавистную ему действительность, изменять ее в соответствии с собственными установками и ценностями. Он убежден, что все его проблемы обусловлены факторами действительности, и единственным способом достижения своих целей является борьба с действительностью, попытка переделать реальность под себя. При этом ответом со стороны действительности по отношению к такому индивиду становится также противодействие, изгнание или попытка изменить индивида, подстроить его под требования реальности. Данный вариант формирования психологической зависимости от наркотика следует рассматривать как протестный, требующий гармонизации отношений человека с его окружением.

При аддиктивном варианте основным мотивом употребления наркотических веществ становится уход от реальности в иллюзорный, субъективно значимый и комфортный мир. Преобладающей становится гедонистическая мотивация, а типичным – феномен «жажды острых ощущений». Приобщение к наркотическому веществу происходит с целью вывода себя из состояния скуки, безразличия, безрадостности. Такому человеку не удается обнаружить в реальной действительности сферы деятельности, способные привлечь надолго его внимание, увлечь, обрадовать или вызвать иную выраженную эмоциональную реакцию. Наркотическое аддиктивное поведение, по данным наших исследований, носит поисковый (творческий, креативный) характер.

В рамках патохарактерологического и психопатологического вариантов наркотического девиантного поведения употребление наркотических веществ следует рассматривать как компенсацию «психопатологического дефекта» в виде дискомфорта, связанного с наличием симптомов или патологических черт характера. В подобных случаях наркотик выступает в роли своеобразного «лекарственного средства», купирующего негативные эмоции, позволяющего улучшить процесс коммуникации. При наркотическом девиантном поведении на базе гиперспособностей основным мотивом наркотизации является мода, престиж, чувство принадлежности к рангу избранных, особых, богемы.

Девиантное (отклоняющееся) поведение имеет следующие **клинические формы**:

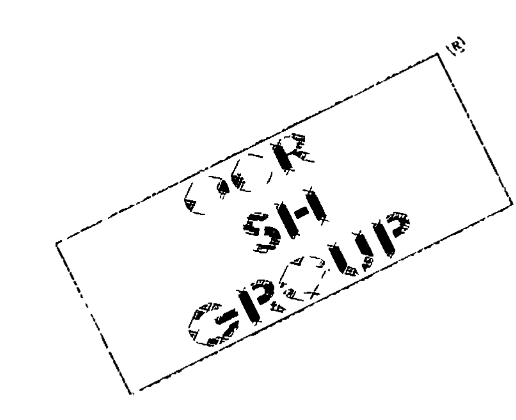
- агрессия;
- аутоагрессия (суицидальное поведение);
- злоупотребление веществами, вызывающими состояния измененной психической деятельности (алкоголизация, наркотизация, табакокурение и др.);
- нарушения пищевого поведения (переедание, голодание);
- аномалии сексуального поведения (девиации, перверсии, отклонения психосексуального развития);
- сверхценные психологические увлечения («трудоголизм», гемблинг, коллекционирование, «паранойя здоровья», фанатизм – религиозный, спортивный, музыкальный и пр.);

- сверхценные психопатологические увлечения («философическая интоксикация», сутяжничество и кверулянство, разновидности маний — клептомания, дромомания и др.);
- характерологические и патохарактерологические реакции (эмансипации, группирования, оппозиции и др.);
- коммуникативные девиации (аутизация, гиперобщительность, конформизм, псевдология, ревность, фобическое и нарциссическое поведение, нигилизм, крусадерство, «вегетативность» и др.);
- безнравственное и аморальное поведение;
- неэстетичное поведение, или девиации стиля поведения.

Каждая их клинических форм может быть обусловлена любым типом девиантного поведения, а иногда мотивом выбора той или иной формы служит несколько разновидностей отклоняющегося поведения одновременно. Так, к примеру, алкологизация может быть связана с аддикциями (уходом от реальности); с патологией характера, при которой употребление и злоупотребление спиртными напитками выступает в роли своеобразной терапевтической компенсации и снятия внутриличностного конфликта; с психопатологическими проявлениями (маниакальным синдромом) или с сознательным доведением себя до определенного психического состояния с целью совершения делинквентных поступков.

Традиционно зависимое поведение в отечественной и зарубежной литературе ассоциируется с понятием аддикции, или аддиктивного типа девиантного поведения. Дословно аддикция конечно же обозначает зависимость. Однако клинический опыт убеждает в том, что зависимое поведение может формироваться не только по законам гедонистической мотивации, являющимся основополагающими в диагностике данного типа девиации — **первичная аддикция**. Но и на базе иных типов отклоняющегося поведения — **вторичная аддикция**.

К зависимому поведению помимо зависимости от психоактивных веществ могут относится разнообразные формы девиаций. Существенным является появление фетиша — объекта или субъекта зависимости. Из перечисленных выше форм девиантного поведения к ним относятся пищевые, сексуальные зависимости, сверхценные увлечения, некоторые разновидности коммуникативных девиаций, девиации стиля поведения. Теоретически можно представить формирование аутоагрессивной и агрессивной форм зависимостей, когда фетишем становится, к примеру, процесс самоповреждения или мучений окружающих.



# ГЛАВА 3. КОНЦЕПЦИЯ ЗАВИСИМОЙ ЛИЧНОСТИ

Не вызывает сомнений тот факт, что любое поведение, характеризующееся признаками зависимости, имеет не внешнее, а внутреннее происхождение. Индивид становится зависимым от чего-либо или кого-либо не в силу давления или принуждения извне, а благодаря готовности подчиняться, в определенном смысле «страсти быть во власти другого», жажды чтобы им руководили и вели по жизни. Полезависимость – типичная и основополагающая характеристика. Справедливости ради, следует признать, что внешние факторы играют определенную роль в формировании зависимого поведения. Но они являются условиями, а не причинами становления зависимостей.

В этом отношении и химические зависимости (алкоголизм, наркомания, токсикомания, никотинизм), и игровые зависимости (гемблинг, интернет-зависимость), и сексуальные девиации, и зависимость от пищи, и фанатизм как проявление зависимости от идеи и ее проповедников имеют сходные корни. Все они базируются на индивидуально-личностных качествах человека. То есть можно с высокой вероятностью предполагать, что **зависимая личность**, сформированная в процессе социализации, сама даже без внешнего инициирования способна легко найти себе в окружающем мире «подходящий» объект или субъект зависимости. Ведь соблазнить (прельстить, привлечь) можно только того, в ком уже созрело искушение. Соблазном обозначается нечто влекущее. А, как известно, влечение — это внутреннее состояние, заставляющее действовать определенным предвзятым образом.

Подавляющее большинство специалистов, изучающих наркоманию, алкоголизм, никотинизм и иные формы зависимого поведения сходятся во мнении о том, что в основе подобного поведения лежат доболезненные (предпатологические) личностные особенности, в силу которых у индивида и сформировалась зависимость. Однако список значимых личностных особенностей настолько широк (а иногда и противоречив), что затруднительно выделение сущностных характеристик подростка, склонного к зависимому поведению.

Наиболее часто упоминается такая характеристика как **инфантильность или психический инфантилизм.** Считается, что именно эта особенность наиболее часто лежит в основе формирования зависи-

мого поведения. Во-первых, потому что именно в детстве и юности (а инфантильность и означает – детскость) преимущественно возникают зависимости, во-вторых, потому что гармоничный взрослый человек стремится к независимости и свободе.

Многими исследователями признается положение о том, что инфантилизм может также являться базой для разнообразных поведенческих расстройств. Н.И.Фелинская считает, что примерно 17% подростков-правонарушителей обнаруживают психическую незрелость. Обращает на себя внимание (Буянов М.И.) то, что инфантильные правонарушители в силу повышенной внушаемости становятся «орудием в руках преступных элементов». В.А.Гурьева отмечает у подростков-правонарушителей задержку развития интеллектуальной и эмоционально-волевой сфер, в 67% случаев – ретардацию темпа полового созревания. Отмечается значимость таких особенностей, как неустойчивость внимания, несерьезность в выполнении заданий, недостаточность организации действий, слабость волевого усилия, нарушение контроля умственной деятельности. При этом 40% обследованных правонарушителей, по данным В.А.Гурьевой, обучаются во вспомогательной школе, 67% злоупотребляют алкоголем, 71% бродяжничают, у 33% отмечаются сексуальные перверсии. Наиболее часто встречаются реакции имитации, оппозиции и отказа.

Обследование детей 10–15 лет с токсикоманиями (А.И.Покоев) показывает, что у всех из них имеются признаки органического поражения головного мозга. Отмечены такие инфантильные черты, как слабость волевых процессов, непостоянство интересов, неспособность критически оценить свои действия, неустойчивость внимания, тугоподвижность мышления, затруднения в овладении сложными грамматическими формами. Б.М.Гузиков выделяет психический инфантилизм как фактор риска раннего употребления алкоголя у подростков. При обследовании с помощью MMPI им отмечены приподнятые профили с наиболее выраженным повышением 1, 4, 7, 8 шкал.

По мнению А.В.Надеждина, А.И.Иванова, В.П.Трифонова и С.Н.Авдеева психический инфантилизм наблюдается практически у всех пациентов с токсикоманией. При этом, можно говорить о специфических его особенностях в сравнении с инфантилизмом, встречающимся в клинике психических заболеваний.

А.В.Логунов, говоря о «семейном факторе» в развитии наркомании, указывает на значимость неправильного воспитания. При гиперопеке формируется незрелая личность (психический инфантилизм) без мотивации к труду с установкой на получение удовольствий, без ответственности за свои поступки. При переходе в подростковый возраст такие дети проявляют себя как дезадаптированные личности, неспособные к принятию собственных решений, позитивной деятельности. В качестве средства ухода от проблем они очень скоро начинают использовать психоактивные вещества. Л.О.Пережогин обнаруживает у лиц с парафилиями психический

инфантилизм в 27,5% случаев. У большинства обследованных лиц, совершивших сексуальные правонарушения, выявляются нарушения психосексуального развития: задержка у 41,2%, опережение – у 33,3% обследованных. Автор приводит данные канадской национальной расчетной палаты по семейному насилию свидетельствующие о том, что около 25% всех сексуальных преступлений совершается подростками (до 18 лет) и около 33% – лицами моложе 21 года, причем, как правило, это подростки, изолированные от группы, предпочитающие играть с младшими детьми, незрелые личности. У многих имеются проблемы обучения в школе.

Если обратиться к наркозависимым, то незрелость личности («слабая чувственная ткань сознания» по А.Н.Леонтьеву), недостаток чувства реальности, сознания «Я» обусловливается, прежде всего, инфантильностью всей психики наркозависимых. По данным А.В.Сухарева и Е.А.Брюна, у потенциальных наркоманов еще задолго до стереотипизации злоупотребления «можно обнаружить аномалии психического реагирования, которые проявляются в виде застывшей структуры психических реакций (на стимулы различной модальности ответ психических реакций качественно одинаков: или телесно-ориентированная, или аффективная, или идеаторная), сужения спектра психических реакций, повышение порога психических реакций и изменение их силы и длительности». Иногда это сохраняется в течение всей жизни. Основными незрелыми сферами при этом остаются самосознание, интеллект, мотивационная сфера и сфера эмоций. Главным становится задержка развития ядра личности – самосознания. Главной причиной возникновения наркомании авторы считают инфантильность мышления наркозависимого. Это связано с психическими реакциями, «определяющими симпатическое (магическое), т.е. архаичное (инфантильное) мышление человека в достаточно зрелом биологическом возрасте». Причем Е.А.Брюном это расценивается как врожденное, эндогенное свойство. Наличие же (степень выраженности) «смыслообразующего этнофункционального рассогласования» определяет и прогноз наркомании. В своей практике авторы сталкивались со случаями, «когда наличие героиновой наркомании наблюдалось при относительно благоприятных этнофункциональных маркерах, особенно смыслообразующем и обобщенном. Эти случаи сопровождались более длительными ремиссиями, а больные проявляли выраженный интерес к психотерапии и признавали необходимость проведения занятий в целях проработки психологического компонента наркотической зависимости».

Эмоциональный фон наркозависимого определяется, прежде всего, «взаимодействием» с наркотиком. Он имеет либо эйфоричный и апатичный (вне абстиненции), либо раздражительный и мрачный оттенок. В целом эмоциональная сфера характеризуется эмоциональной незрелостью, бедностью и лабильностью эмоциональных переживаний и низкой фрустрационной толерантностью (быстрым возникновением тревоги и депрессии). Причем, все пре-

морбидные особенности заостряются, а определяющее значение в возникновении переживаний занимает «аффективная логика» — когнитивные искажения, увеличивающие дисгармонию личности. Из них наиболее частыми, по Р.В.Овчаровой, являются:

- произвольное отражение: «Я — неудачник», «Я — супермен»;
- селективная выборка: «Меня никто не любит, потому что я плохо учусь»;
- сверхраспространенность: «Все наркоманы, так как все принимают лекарства»;
- «абсолютное» мышление: «Все или ничего», «Мир — черный или цветной»;
- персонализация: «Эта реплика не случайна, она относится ко мне».

Традиционно считается, что зависимое поведение может носить исключительно аддиктивный характер (аддикция в переводе и означает — зависимость). Однако как было показано в предыдущих главах, формирование зависимого поведения может происходить по пяти механизмам: делинквентному, аддиктивному, патохарактерологическому, психопатологическому и на базе гиперспособностей. В основе большинства из них лежит психический инфантилизм, который лишь проявляется в разном виде — в виде протеста и эпатажа (при делинквентном типе), в виде «поиска успокоения и удовлетворения» вне реального мира (при аддиктивном типе), в виде неконтролируемости и незрелости реакций (при патохарактерологическом и психопатологическом типах) или в виде вытеснения (на базе гиперспособностях).

Учитывая тот факт, что инфантильность (инфантилизм) несомненно является стержнем зависимой личности остановимся на анализе этого качества более подробно.

### *Инфантильность*

Инфантильность рассматривается З.Фрейдом как фиксация на определенной стадии развития. Человек предпочитает удовлетворять свои потребности более простыми, «детскими» способами, в частности, грызение ногтей, курение или переедание может быть связано с частичной фиксацией на оральной стадии, обусловлено «неполнотой» психической зрелости.

Типичной инфантильной реакцией является защитный *механизм регрессии* — возвращение на более ранний уровень развития или к способу выражения, который более прост и более свойственен детям, тревожность ослабляется «детскими» способами. Не зря регрессия считается более примитивным способом преодоления конфликта, при этом источники тревожности остаются неразрешенными. «Даже здоровые, хорошо приспособленные люди, — писал З.Фрейд, — позволяют себе время от времени регрессии, чтобы

уменьшить тревожность или, как это говорится, «спустить пар». Они курят, напиваются, переедают, выходят из себя, кусают ногти, ковыряют в носу, читают рассказы о таинственном, ходят в кино, нарушают законы, лепечут по-детски, портят вещи, мастурбируют, занимаются необычным сексом, жуют резинку или табак, одеваются как дети и делают тысячи других «детских» вещей. Многие из этих регрессий настолько общеприняты, что принимаются за признаки зрелости. В действительности все это – формы регрессии, используемые взрослыми».

В психологической регрессии З.Фрейд видел ключ к пониманию девиантных форм сексуальности и предлагал использование психоанализа для выявления психической травмы, задержавшей или исказившей нормальное сексуальное развитие.

В противовес З.Фрейду К.Юнг писал о других причинах внутриличностных конфликтов: «практически учение о вытеснении инфантильной сексуальности или об инфантильной травме несметное количество раз служило отвлечению внимания от подлинных причин невроза, а именно от изнеженности, халатности, пассивности, алчности, злобы и прочих видов эгоизма». Как бы то ни было, но К.Юнг перечисляет в качестве причин неудовлетворенности человека собой и неврозов такие инфантильные, на наш взгляд, проявления, как эгоизм, пассивность и др. Типичной инфантильной чертой является зависимость – «особая внутренняя привязанность, которая может чем-нибудь заменяться». Зависимость подавляет развитие личности, «потому что ничто так не препятствует развитию, как застывание в бессознательном, можно даже сказать, в психически эмбриональном состоянии» (К.Юнг).

В своем определении личности К.Юнг дает по сути дела определение противоположности инфантильности – зрелости: «личность – результат наивысшей жизненной стойкости, абсолютного принятия индивидуального сущего и максимального успешного приспособления к общезначимому при величайшей свободе выбора». В то же время, воспитание такой личности, по мнению К.Юнга, является «недостижимым идеалом», так как во взрослом воспитателе «застрял вечный ребенок, нечто еще становящееся, никогда не завершающееся, нуждающееся в постоянном уходе, внимании и воспитании. Это – часть человеческой личности, которая хотела бы развиться в целостность».

Особенности воспитания, как возможная причина «взрослых» проблем широко освещается в работах А.Адлера. Одним из препятствий личностного роста им называется *избалованность*. Избалованные дети, по мнению А.Адлера, имеют трудности в развитии «чувства социального интереса и кооперации». Им не хватает уверенности в своих силах, поскольку другие всегда делали все за них.

Инфантильные черты рассматриваются также как возможная причина внутриличностного конфликта. В частности, К.Хорни описывает понятие «базального конфликта» и особенности невротической личности, «заложенные в нашей культуре, которые невротик от-

чаянно пытается примирить: склонность к агрессивности и тенденцию уступать; чрезмерные притязания и страх никогда ничего не получить; стремление к самовозвеличиванию и ощущение личной беспомощности». Наиболее четко инфантильные черты прослеживаются в тенденции «движения к людям» – «уступчивый тип»: «данный тип демонстрирует заметно выраженную потребность в любви и одобрении и особую потребность в партнере, который должен взять на себя ответственность за все доброе и злое... Будучи предоставленным самому себе, он чувствует себя потерянным, подобно лодке, потерявшей свой якорь. Эта *беспомощность* отчасти соответствует действительности». Еще одной типичной чертой этого типа является зависимость от других людей: «если я найду кого-либо, кто будет любить меня больше всех других, опасность исчезнет, ибо он (она) защитит меня». На самом деле эти предпосылки являются ложными, так как «он ошибочно принимает свою потребность в любви и привязанности и все, что вытекает из нее, за подлинную способность любить и что он полностью упускает свои агрессивные и даже разрушительные наклонности». В двух других тенденциях – «движении против людей» и «движении от людей» также прослеживаются некоторые инфантильные черты: «ни один из этих вариантов не избран свободно: каждый имеет навязчивый и негибкий характер, задан внутренней необходимостью». Все три типа основываются по сути дела на *«зависимости от людей, какую бы форму она не принимала: слепое бунтарство, слепое стремление к превосходству и слепая потребность держаться в стороне – все они являются формами зависимости.* Далее, путем сдерживания огромных секторов эмоциональной энергии он полностью выключает их из действия. Все эти факторы приводят к тому, что он становится почти неспособным ставить собственные цели и добиваться их».

По мнению Э.Фромма, классическим примером зависимости и инфантилизма является невроз и невротик – «человек, продолжающий сопротивляться полному подчинению, но в то же время связанный с фигурой «волшебного помощника», какой бы облик «он» ни принимал. Невроз всегда можно понять как попытку – неудачную попытку – разрешить конфликт между непреодолимой внутренней зависимостью и стремлением к свободе». Понятия «садизма» и «мазохизма» у Э.Фромма также рассматриваются как две стороны инфантильности, он называет это «симбиозом» – *«союз некоторой личности с другой личностью* (или иной внешней силой), в котором каждая сторона теряет целостность своего «Я», так что обе они становятся в полную зависимость друг от друга. Садист так же сильно нуждается в своем объекте, как мазохист – в своем. В обоих случаях собственное «Я» исчезает». Наиболее частые проявления садизма – это чувства собственной неполноценности, которые могут принимать разнообразные формы: самокритика, невроз навязчивых состояний, склонность к несчастным случаям или к физическому заболеванию. Все эти проявления направлены на то, чтобы «избавиться от собственной личности, потерять себя, избавиться от бремени свободы».

Садистские наклонности могут выражаться в стремлении «эксплуатировать других», подчинять себе, причинять физические и душевные страдания. «Садисту нужен принадлежащий ему человек, причем эта зависимость может быть совершенно неосознанной». Третий тип личности, по Э.Фромму, – это «конформист». *Конформность*, по нашему мнению, является типичной инфантильной чертой – «индивид перестает быть собой, он полностью усваивает тип личности, предлагаемый ему общепринятым шаблоном, и становится точно таким же, как все остальные».

Э.Эриксон, как и многие другие исследователи, считает, что инфантильные черты могут обнаруживаться у любого взрослого человека: «каждое поколение привносит в социальные институты пережитки инфантильных потребностей и юношеского пыла и берет от них специфическое подкрепление детской витальности». Так же, как и З.Фрейд, Э.Эриксон полагает, что проблемы, возникающие на определенной стадии развития, могут привести к фиксации и регрессии.

По мнению Э.Берна, «каждый таит в себе маленького мальчика или девочку». «Детское Я отвечает за творчество, оригинальность, получение приятных впечатлений, детское Я выступает на сцену, когда человек не чувствует достаточно сил для самостоятельного решения проблем». Так как для оптимального функционирования личности необходима гармоничная представленность всех трех состояний, то Э.Берн считает, что понятия «незрелая личность» не существует – «есть люди, в которых Ребенок совершенно некстати и неумело берет на себя управление всей личностью, а у так называемых «зрелых» людей контроль за поведением почти все время осуществляет Взрослый».

В своей теории поля К.Левин также отмечает возможность возникающих время от времени регрессий. Кроме того, он различает регрессию и ретрогрессию. Ретрогрессия – это обращение к ранним формам поведения, имевшим место в жизненной истории человека, тогда как регрессия означает переход на более примитивную форму поведения независимо от того, вел ли себя человек когда-либо прежде таким образом. Одним из факторов возникновения регрессии является фрустрация.

Еще одним защитным инфантильным механизмом, по нашему мнению, является описанный Ф.Перлсом *механизм слияния*: «человек, находящийся в состоянии патологического слияния, не знает, что такое он и что такое другие. Он не знает, где кончается он сам и где начинаются другие. Не осознавая границ между собой и другими, он не способен на контакт с ними, но также и не отделится от них». Ф.Перлс считает, что такое патологическое слияние лежит в основе многих психосоматических заболеваний: «человек, находящийся в патологическом слиянии, связывает свои потребности, эмоции действия в один тугой узел и уже не осознает, что он хочет делать и как он сам себе не дает этого делать».

В гуманистических теориях личности упор обычно делается не столько на описании инфантильности, сколько ее противоположно-

сти – зрелости. В частности, понятие самоактуализирующейся личности включает в себя наличие таких «зрелых» черт, как автономность и ответственность. Считается, что у таких людей есть «способность к самостоятельным решениям, самоуправлению, к тому, чтобы быть сильным, активным, ответственным, решительным субъектом своего действия, а не куклой в руках других людей». В связи с этим А.Маслоу считает «ненормальными» и «больными» противоположные проявления: «слишком много людей не сами создают содержание своего сознания, а предоставляют это делать другим – продавцам, рекламодателям, агитаторам, телевидению и газетам. Они марионетки, а не самостоятельные, не самоопределяющиеся индивиды. Именно поэтому они столь склонны чувствовать себя слабыми и беспомощными».

В некоторых теориях выделяются понятия «взрослости» и «зрелости». В работах по психологии индивидуальности Г.Олпорт писал, что «не все взрослые достигают полной зрелости. Они – *выросшие индивиды, чья мотивация все еще пахнет детской комнатой*. Не все взрослые управляют своим поведением на основе ясных разумных принципов. Лишь в случаях серьезных нарушений мы видим взрослого, не знающего, что он делает, чье поведение теснее связано с тем, что происходило в детстве». Зрелая личность, по Г.Олпорту, должна обладать «самопротяженностью» – жизнь человека не может быть привязана к непосредственным потребностям и обязанностям, человек должен «реалистически относиться как к себе, так и к внешней реальности».

Нередко зависимая личность «реализует» себя в психосоматических заболеваниях. Причем предиспозиция к болезни связана с особым стилем взаимоотношений с матерью – с так называемой симбиотической связью, при которой у человека не формируется способность к независимому автономному функционированию. Он постоянно нуждается в так называемых self-объектах для обеспечения психологической и физиологической регуляции. «Психосоматическая мать» описывается как авторитарная, открыто тревожная и враждебная. Отец, неспособный противостоять доминантной матери, находится на периферии (А.Б.Холмогорова).

Известно, что многие люди неспособны отвечать требованиям «цивилизации», что влечет за собой появление регрессивных механизмов защиты, формой которых может быть оральное поведение (по З.Фрейду). Еда и питье в данном случае несет в себе не только физиологическую, но и психологическую функцию – получение любви, защиты и безопасности. В частности, конфликт, описанный F.Alexander указывает на то, что «инфантильные желания зависимости имеют здесь специфическое содержание – получить путем пассивного питания любовь и внимание – побуждения, которые вступают в конфликт с возросшим «Я».

Типичным проявлением орального поведения считаются расстройства питания, в частности нервная анорексия. Часто анорексия интерпретируется как «бегство от женственности», защита от стра-

хов беременности. Но это также попытка защиты от взросления в целом «перед лицом нарастающих ожиданий мира взрослых». Женщины с анорексией часто не готовы к своей зрелости. Больше, чем другие девочки, они переживают физическое созревание как свою подготовку к исполнению женской роли, считая ее чуждой и чрезмерной для себя.

При ожирении часто наблюдается «оральная избалованность» – матери проявляют гиперопеку, а еда становится выражением чувства вины, возникающего вследствие отсутствия проявлений любви. В связи с подобным воспитанием у ребенка формируются защитные тенденции, выраженная зависимость от матери. Эмоциональный холод, который испытывают дети, учит компенсировать недостаток или отсутствие любви при помощи приема пищи, что даже приветствуется родителями. Как правило, компенсацией служат сладости, которые известны ребенку с детства в качестве «награды», «приманки» или проявлением лести.

С описанием инфантильных черт можно столкнуться даже при трактовке несчастных случаев, что может иметь косвенное отношение к пониманию в частности наркоманического зависимого поведения. Считается (F.Alexander), что несчастный случай является бессознательной формой самонаказания. R.Rattner отмечает, что «влечение к несчастным случаям – это драматическая форма бегства от обязательств и ответственности». Если обратиться к употреблению наркотических веществ, то можно констатировать, что имеются сходные объяснения зависимости от них.

Многие исследователи отождествляют понятия «инфантильная» и «истерическая» личность. Эти понятия, безусловно, очень близки, но в то же время они требуют разграничения. Поскольку, клиническая практика доказывает, что инфантильная личность отнюдь не всегда обладает характеристиками истерическими. По О.Кернбергу истерическая личность – это так называемая «сценическая личность». В отличие от истерической, инфантильной личности присущи диффузная эмоциональная лабильность, недифференцированные отношения с другими и поверхностность эмоций. О.Кернберг считает, что истерическая личность в целом является зрелой, инфантильная же личность «чрезмерно идентифицирует себя с другими и проецирует на них свои нереалистичные фантазии и намерения». Инфантильная личность демонстрирует детскую «прилипчивость» во всем, а не только в сексуальной сфере, причем детская зависимость нужна ей сама по себе, а не как защита против взрослых сексуальных отношений.

Инфантильные черты можно наблюдать у нарциссической личности. Выделяют следующие формы нарциссизма: нормальный взрослый, нормальный инфантильный и патологический нарциссизм. При нормальном взрослом нарциссизме существует нормальная структура Я, при нормальном инфантильном нарциссизме структура Я также является нормальной, хотя и во многом инфантильной и может приводить к регрессии. Для патологического же

нарциссизма характерна «ненормальная» структура Я. Один из типов патологического нарциссизма – это нарциссическая личность в собственном смысле слова. Для этого типа характерно наличие у пациента «патологического грандиозного Я», причем в некоторых ситуациях на поверхностном уровне их расстройства почти незаметны. Основными особенностями данной личности являются во многом инфантильные черты: частые разговоры о себе, чрезмерная потребность в любви и восхищении окружающих, противоречие между «раздутым» Я и чувством неполноценности, определенная внешняя зависимость от окружающих, примитивные защитные механизмы. Довольно часто во взаимоотношениях с другими людьми «они играют роль эксплуататоров или паразитов», а за внешней обаятельностью и заинтересованностью на самом деле скрываются холодность и жестокость. Инфантильным личностям свойственны «сильная зависимость и тенденция прилипать к людям», пациенты со злокачественным нарциссизмом в основном холодны и отчужденны. Оба типа имеют склонность к суицидальному поведению, но причины, вызывающие его являются различными: у пациентов с нарциссизмом это угроза их «патологической грандиозности» и в связи с этим ощущение унижения или краха, у пациентов с инфантильной личностью – желание пробудить в окружающих чувство вины и установить таким образом контроль над средой. Риск суицидального поведения увеличивается в тех случаях, когда инфантильные черты сочетаются с депрессивно-мазохистскими. Кроме того, оба типа склонны к развитию алкоголизма и наркомании и в этом случае риск суицидального поведения становится еще выше.

Начало изучения психического инфантилизма связывают с именем Laseque, который рассматривал инфантилизм как задержку формирования личности на ступени, не соответствующей реальному возрасту. В качестве причин инфантилизма назывались сифилис, инфекции, плохие условия жизни. На роль сифилиса, туберкулеза, алкоголизма и эндокринных расстройств указывали также Э.Крепелин, С.И.Ключарев. Говоря об инфантилизме, большинство исследователей подразумевало психофизический инфантилизм в современном понимании, особенно на этот взгляд повлияли работы B.Morel, посвященные дегенерации. Кроме того, предполагалось наличие интеллектуального недоразвития, хотя некоторые ученые рассматривали инфантилизм и у интеллектуально полноценных лиц. De Sanctis отмечал, что у ребенка в любом возрасте может возникнуть инфантилизм, который он называл «психическим». Описывая пациентов с психической незрелостью, он подчеркивал, что одни из них выглядят торпидными, другие – гиперактивными, настроение лабильное, неустойчивое. При хороших интеллектуальных способностях они плохо успевают в гимназии. Одни пациенты отличаются робостью, застенчивостью, мнительностью, другие – тщеславием, стремлением выделиться. И те, и другие склонны к подражанию, коллекционированию различных предметов, поверхностности суждений, раздражительности, однако, они быстро успокаиваются,

слезы легко сменяются смехом. Di Gaspero различал два вида психического инфантилизма: 1) mental – когда имеются истинные признаки интеллекта и 2) инфантильные «вкрапления» в интеллектуальную сферу взрослых. Первый тип был образно назван «созревшие дети и почти незрелые взрослые», второй – «наполовину взрослые и наполовину дети».

Многие авторы, изучавшие роль инфантилизма в происхождении психических расстройств, алкоголизма и наркомании широко использовали термины «детскость», «детский», «наивный», но не приводили объяснений того, что под ними подразумевалось. Попытка трактовки термина «детскость» была предпринята еще в 40-х годах B.J.Lindberg. Он описал 5 типологических групп, которые можно с полным основанием отнести к *характеристике зависимых личностей*:

1) детская логика и несовершенство мышления, тенденция к «игровому» поведению, «ложное» чувство стыда;

2) повышенная внушаемость, импульсивность, стремление к подражанию, эгоцентризм, слабость волевых установок, легкая отвлекаемость, лабильность настроения, непреодолимое влечение к удовольствиям, живое воображение;

3) стеснительность, робость, неуверенность, склонность к скрупулезности, повышенная истощаемость, навязчивости;

4) добродушие, наивность, снижение внимания и усидчивости;

5) повышенное любопытство, тенденция к непродуманным и своеобразным действиям, сексуальные перверсии, склонность к коллекционированию и накопительству, клептомания.

Традиционным в психиатрии является представление о том, что психический инфантилизм обнаруживается в качестве базы психопатии (личностных расстройств). Основополагающими считаются работы Э.Кречмера, который указывал на то, что психический инфантилизм является неизменной конституциональной особенностью, свойственной всем психопатам. Благодаря психическому инфантилизму и формируется психопатия. Подобный инфантилизм носит тотальный характер и охватывает, в первую очередь, эмоционально-волевую сферу. Э.Кречмер также выделял парциальный инфантилизм – ювенилизм, при котором происходит «асинхрония» развития, далеко не всегда приводящая к нарушениям адаптации. Кроме того, Э.Кречмер показал, что 40–50% пациентов с неврозами имеют задержку психического развития, а также некоторые симптомы генитальной гипоплазии и физического недоразвития. Подобный фон может также служить базой для развития психосоматических заболеваний, депрессий, алкоголизма. Э.Крепелин считал, что психопатия – результат парциальной задержки развития («истерия периода созревания») – проходит к 25 годам. Заметим, что подавляющее большинство наркоманов обретают зависимость от наркотиков в возрасте от 12 до 17 лет. В более старшем возрасте риск формирования наркотической зависимости резко снижается.

Многие исследователи пытались выделить у лиц с психопатией инфантильные черты: П.Б.Ганнушкин писал о *«чрезмерно развитой фантазии», эмоциональной неустойчивости, некритичности мышления»*. С.Суханов отмечал *капризность, демонстративность, эгоизм*. Ф.Е.Рыбаков описал случай «pseudologia fantastica infantilis», Т.И.Юдин указывал на то, что истерические реакции возникают только у лиц, остановившихся на инфантильной ступени развития. По мнению М.О.Гуревича, в основе истерии лежит своеобразное недоразвитие. B.J.Lindberg указывал на связь между инфантилизмом и невропатиями. Важным замечанием является то, что инфантилизм не является болезнью, а одной из «форм душевной слабости». Кроме того, автор отрицательно относился к монокаузалистическому принципу выделения психического инфантилизма. Он считал, что при благоприятном влиянии внешней среды часть инфантильных лиц «дозревает», там же, где нет такого благотворного влияния, они становятся психопатами.

В более поздних работах, как правило, изучались особенности психического инфантилизма при психопатиях. Л.О.Чахкиева описала особенности психического инфантилизма в картине психопатий истероидного, аффективно-неустойчивого и тормозимого круга. В группе истероидных психопатов были выделены две подгруппы: для «сенситивных истероидов» были характерны болтливость, наивные мечтания, доверчивость, в дальнейшем характер проявлений становился более сложным. Автор считает, что у «сенситивных» истероидов имеется истинная инфантильность. «Эксплозивные» истероиды чаще обнаруживали такие черты, как возбудимость, лживость, манерность. В группе психопатов аффективно-неустойчивого типа было отмечено уменьшение выраженности инфантильных проявлений за счет усиления раздражительности и возбудимости. Инфантильность в данной группе проявлялась в виде беспечности, легкомыслия, внушаемости, недостаточности моральных и нравственных переживаний или даже в их отсутствии. Для лиц с тормозимой психопатией были характерны астения, слабость побудительных мотивов, беспомощность, беззащитность, неуверенность и прямолинейность в отношениях с людьми. Как правило, они имели хрупкое телосложение, пониженное питание, дефицит веса, незрелость в двигательной сфере, диэнцефальные расстройства. Вероятно, можно предположить, что в этой группе мы имеем дело с психофизическим инфантилизмом. Автор указывает, что инфантилизм может проявляться во всех психических сферах, но наиболее яркими и стабильными являются инфантильные особенности личности. Важным выводом автора является то, что инфантилизм и проявления психопатии не всегда являются понятиями равнозначными или связанными прямой зависимостью. При различных видах психопатий инфантилизм может рассматриваться как «синдромологическое ядро» (сензитивные истероиды), как результат и одновременно механизм становления патологической личности (эксплозивные истероиды) или как «добавочный» фактор (возбудимые и тормозимые психопа-

тии). Таким образом, можно отметить, что в формировании инфантилизма могут участвовать различные факторы: неправильное воспитание, наследственность, церебрально-органические и ситуационные факторы.

О разграничении понятий инфантилизма и психопатий писали В.Я.Гиндикин и В.А.Гурьева. Сама структура инфантилизма при психопатии иная: незрелость носит парциальный характер и отличается дисгармонией. Кроме того, авторы считают, что при инфантилизме отсутствует соответствующая динамика становления патологии личности. В работе Г.Н.Пономарева была сделана попытка комплексного изучения психофизического инфантилизма и выявления различных корреляций. По результатам исследования в зависимости от действия этиологических и патогенетических факторов были выделены три «генетические» подгруппы: ядерная, органическая и краевая. Во всех группах наблюдались такие проявления психического инфантилизма, как внушаемость, подражательность, задержка формирования чувства долга, ответственности, критической самооценки. В зависимости от синдрома психофизического инфантилизма были выделены два клинических варианта истерической психопатии: «истерические фантасты» и «тормозимые истероиды». Для «истерических фантастов» были характерны «жажда признания», эгоизм, склонность к ярко выраженному самоутверждению. «Тормозимые истероиды» – более эмоционально примитивные, неуверенные в себе, склонные к псевдологии, «бегству в болезнь». Для всех лиц был типичным низкий уровень социальной адаптации, ранняя алкоголизация, антисоциальное поведение. Автор считает, что основными показателями глубины ***психической незрелости*** подростка являются:

1) патологическая внушаемость и подражательность;
2) резкая слабость высших форм волевых функций;
3) легкость включения в любую деятельность без продуманности и борьбы мотивов;
4) неспособность к активной и целенаправленной деятельности;
5) неумение соотносить свои поступки с реальной обстановкой;
6) недостаточность критики как к собственному состоянию, так и к сложным взаимоотношениям окружающей действительности.

Анализ уровня физического развития позволил выявить отчетливую дисгармонию соматополового созревания: слабое развитие грудной клетки, слабую выраженность вторичных половых признаков, задержку полового созревания, неравномерность антропометрических показателей. С помощью методики Векслера были выявлены признаки неравномерного, дисгармонического развития интеллектуальных функций. Результаты исследования по методике уровня притязаний подтвердили данные о том, что психопатические лица ставят себе, как правило, более сложные задачи, чем те, с которыми справляются. Показатели самооценки были резко полярными: наиболее высокими были показатели относительно «ума и характера», а наиболее низкими – показатели «счастья». Изучение системы

ценностей показало, что для всех лиц типичной явилась система ценностей, указывающая на предельный индивидуализм, эгоистические социальные установки. Автор отмечает, что имеется прямо пропорциональная связь между глубиной личностной патологии, выраженностью психофизического инфантилизма и уровнем социальной адаптации, следовательно, по выраженности инфантилизма можно судить о тяжести истерических личностных расстройств.

В.Е.Житловский обследовал 96 подростков 14–16 лет с нарушениями поведения в виде социальной дезадаптации, но не достигающей уровня противоправных нарушений (побеги из дома, срывы школьных занятий, конфликты и пр.). У всех обследованных были выявлены признаки инфантилизма – неустойчивость интересов, эмоциональная лабильность, пассивная подчиняемость, конформность, нецеленаправленность, жестокость. Автор выделил три группы: 1) психофизический инфантилизм, 2) дисгармонический инфантилизм, 3) органический инфантилизм. В первой и третьей группах признаки незрелости обнаруживались в эмоционально-волевой сфере: склонность к фантазированию, моторная расторможенность, внушаемость, эйфоричность, беззаботность. Во второй группе отмечались явные психопатоподобные симптомы: взрывчатость, конфликтность, грубость, нетерпимость и т.д.

А.Е.Личко при обследовании подростков с помощью патохарактерологического диагностического опросника обнаружил у них следующие явления психического инфантилизма: снижение в сфере мотивации, интересов, чувства ответственности, долга, умения учитывать желания других людей, т.е. у них отмечалось нарушение системы отношений личности.

На протяжении всего периода изучения психического инфантилизма многими исследователями предпринимались попытки объяснения этиологии и патогенеза с позиций нарушения физического и соматического развития, а также эндокринологических расстройств. В частности, во французской психиатрии большинство авторов рассматривали инфантилизм как проявление грубых форм недоразвития психики и моторики преимущественно эндокринной природы. H.Hyrsch предлагал выделять те формы недоразвития, которые являлись следствием вырождения и заболеваний желез внутренней секреции («частный» инфантилизм). Карликовый рост и недостаточность функции печени и почек он непосредственно связывал с торможением роста, деформацией костей и незрелостью психики. K.Leonhard описал «сексопатический» инфантилизм, близкий к психосексуальному инфантилизму. Н.И.Молчанов, Г.Цондек выделяли «чисто эндокринные» формы инфантилизма. M.Tramer употреблял термин «инфантилизм» только по отношению к лицам малого роста с диспластичностью. Инфантилизмом он называет физическое недоразвитие, определяемое только с пубертатного возраста, парволизмом – еще более выраженное недоразвитие, определяемое со школьного периода и парволоизмом – резкое недоразвитие, заметное с дошкольного возраста. М.Я.Серейский и Е.Н.Крылова от-

мечали детскую психику при гипогенитализме (зависимость, наивность, повышенная внушаемость и т.д.). Как указывал М.И.Буянов, несмотря на большое количество работ в этой области, связь между этими явлениями остается малоизученной: неясно, сопровождает ли эндокринная недостаточность все виды инфантилизма либо только определенные формы.

Позже предпринимались попытки изучения гормональных и биохимических корреляций при инфантилизме у подростков. В.Е.Житловский исследовал подростков с нарушениями психофизического развития. У всех обследованных имелись нарушения поведения. Как правило, при задержке развития отмечались эйфория, отсутствие чувства дистанции, эмоциональная живость, фантазирование, шалости, беспечность и пр. Были обнаружены нарушения липидного обмена в виде повышения уровня эфиров холестерина, триглицеридов, фосфолипидов. А.А.Александров и Е.М.Стабровский при обследовании подростков с нарушениями развития обнаружили снижение уровня тестостерона и отсутствие вторичных половых признаков. Все обследованные были склонны к девиантному поведению.

E.Dupre ввел понятие «моторная дебильность», под которым подразумевал комплекс симптомов: паратонию, усиление сухожильных рефлексов, синкинезии, снижение моторной и эмоциональной активности), A.Homburger описал «моторный инфантилизм» – замедление двигательного развития, симптом Моро, преобладание сгибательных синергий при хватании, сгибательное положение рук, запаздывание сидения и хождения, слабость мускулатуры головы и шеи, атетозные движения и пр.). М.О.Гуревич писал, что «инфантильно-грацильный» тип телосложения часто коррелирует с психическим инфантилизмом.

Э.Крепелин, М.О.Гуревич, В.А.Гиляровский рассматривали некоторые варианты инфантилизма как атипичную форму олигофрении. Ряд исследователей указывали на наличие психического инфантилизма у детей и подростков с явлениями органического поражения головного мозга. Ю.А.Малинкина отмечала, что тотальный психофизический инфантилизм наблюдается чаще всего у лиц с выраженными остаточными явлениями органического поражения ЦНС, а парциальный психический инфантилизм – при психопатиях. При обследовании неуспевающих школьников с явлениями раннего органического поражения головного мозга М.С.Певзнер указывал, что затруднения в обучении у этих детей связаны с недоразвитием личностного компонента. При сохранности интеллектуальных предпосылок у них недоразвиты более сложные формы мышления, связанные с удержанием цели, умением сличать проделанное действие с предстоящим. Автор делает предположение, что недоразвитие эмоционально-волевой сферы, лежащее в основе инфантилизма, связано с недоразвитием лобных систем, наиболее поздно формирующихся в онтогенезе. Такое предположение обусловливает более отчетливое выявление этого вида патологии к началу школьного воз-

раста, когда у своевременно развивающегося ребенка происходит перестройка психических функций; память, внимание, моторика, мышление в целом становятся произвольными и осознанными (Л.С.Выготский).

М.Г.Рейдибойм обследовал 95 учащихся, неуспевающих в массовой школе, и 67 взрослых, у которых этот диагноз был поставлен в детстве. У 54 детей были обнаружены признаки инфантилизма, у 18 детей — только незрелость эмоционально-волевой сферы (они были наиболее «благополучными»), у 26 детей инфантилизм сочетался с признаками органической церебральной недостаточности, 10 детей имели т.н. осложненный инфантилизм с интеллектуальной недостаточностью. Из 54 взрослых у 15 сохранились инфантильные черты, у 12 — церебральные явления, у 9 — невротические черты, 11 пациентам был поставлен диагноз олигофрения. Автор делает вывод о том, что часто происходит «маскировка» инфантильными чертами недостаточности интеллекта.

Е.И.Сулимовская провела психологическую диагностику инфантилизма у подростков. Были выделены три группы: 1) с минимальными явлениями органического поражения головного мозга; 2) с остаточными явлениями органического поражения ЦНС и признаками инфантилизма; 3) с ведущим синдромом органического психофизического инфантилизма. Исследовались особенности познавательной деятельности, динамические особенности психических процессов, субъективные и объективные личностные характеристики. В первой группе отмечались достаточные организация и функционирование психических процессов, во второй группе — пониженный уровень когнитивных процессов, поведенческие формы подростковой активности. В третьей группе обнаружились самые грубые расстройства: утомляемость, неустойчивость внимания, использование конкретно-ситуационных свойств, невысокие вербальные интеллектуальные личностные особенности. Таким образом, у обследованных отмечалась определенная «дефектность» — недостаточная организация и контроль деятельности.

Совершенно особой является точка зрения М.Е.Сандомирского о т.н. «искусственных сенситивных периодах» — особых функциональных состояниях, возвращающих мозг к ранним этапам его онтогенеза. Подобный «возврат» очевидным образом влияет на эффективность усвоения новой информации, активизируя «раннюю установку на обучение». По мнению автора, причина этого кроется в том, что человек, находящийся в соответствующем функциональном состоянии, воспринимает поступающую информацию как ребенок раннего возраста, сталкивающийся с ней впервые в жизни. Как показано в теории информации, чем выше вероятность некоторого события, тем меньшую информацию оно несет. Можно показать, что в процессе онтогенеза по мере расширения объема знаний и жизненного опыта ребенка проявляется в целом тенденция к оценке новых событий как высоковероятных/малоинформативных, соответственно уменьшается эффективность запоминания и восприятия

за счет формирования так называемых перцептивных фильтров. Биологический смысл сенситивности заключается в следующем: если событие оценивается как статистически редкое, то соответственно информация об этом событии представляет несомненную ценность для адаптации индивида и подлежит сохранению. Как считает автор, в процессе онтогенеза происходит постепенное повышение значимости в обработке внешней информации роли системы фронтального неокортекса, связанное с морфофункциональным созреванием данного участка мозга. Изменения сенситивности связаны с переходом от преобладания правополушарной активности, связанной с «завышением» прогнозируемой частоты маловероятных событий, к левополушарному доминированию. По мнению автора, учет закономерностей формирования искусственных сенситивных периодов может найти свое применение в педагогике для повышения эффективности обучения, а также в психотерапии. Можно сказать, что работа М.Е.Сандомирского проливает свет на некоторые психо- и нейрофизиологические механизмы инфантилизма и открывает новые перспективы для изучения этого явления.

Ниже рассматриваются основополагающие признаки инфантилизма и сущностные характеристики зависимой личности, которые имеют важное значение для понимания особенностей поведения подростков с наркоманией, алкоголизмом и никотинизмом и коморбидными расстройствами поведения.

### *Внушаемость и подражательность*

Зависимой личности в высшей степени присуща ***внушаемость*** как личностная черта, свойство. Под внушаемостью понимается легкость усвоения человеком внешних по отношению к нему побуждений, стремлений, желаний, установок, оценок, форм и стилей поведения, повышенная восприимчивость к психическому воздействию со стороны другого лица (лиц) без критического осмысления реальности и стремления противостоять этому воздействию. Считается, что при этом многое из происходящего принимается на веру, глубоко не анализируется и не подвергается пристрастному осмыслению. В.М.Бехтерев описывал, что внушение входит в сознание человека не с «парадного входа, а как бы с заднего крыльца», минуя сторожа — критику.

Личность, склонная к формированию зависимого поведения, оказывается ***некритичной***, часто ***легковерной***, податливой групповому воздействию, авторитарному управлению. Такой человек вырабатывает стереотип поведения не в соответствии с убеждениями и разъяснениями окружающих, не исходя из собственных рациональных суждений и умозаключений, а в обход их. Помимо этого характерной становится подчиняемость, нацеленность на снятие с себя и передачу другому ответственности за поведение, решение жизненных

вопросов и планирование будущего. Внушаемый подросток безоговорочно верит в правильность поступков и советов того, кто им руководит.

Как правило, зависимость, инфантильность и внушаемость как качества зависимой личности прекрасно сосуществуют и «гармонируют». Многие подростки, вовлекаемые сверстниками в процесс употребления алкоголя, наркотических или токсических веществ, идут на это без осознания сути происходящего, некритично. Они легко подвергаются воздействию извне. Их не составляет труда «уговорить», что вред от употребления этих веществ «мнимый», что легкие наркотики якобы не вызывают зависимости. Помимо этого, по механизмам самовнушения они способны быстро «уговорить себя» в том, что «это последняя сигарета, последняя рюмка или последняя доза». В такую минуту они стопроцентно убеждены в правильности собственного умозаключения. Можно утверждать, что зависимая личность *склонна обманываться*, подпадать под влияние окружающих, подчиняться, искать тех, кто способен им внушить что-либо и руководить ими.

Особую роль внушаемость играет в формировании групповых форм девиантного поведения, например, в становлении религиозного, спортивного или музыкального фанатизма. Пример людей, которые уже являются зависимыми, оказывается заразительным. В целом же внушаемость можно обозначить как *«психическую заразительность»*, индуцированность, склонность к имитационному и подражательному поведению.

*Подражательностью (имитационностью)* называют индивидуально-психологическое свойство, проявляющееся в готовности делать что-либо в соответствии с каким-нибудь образцом, в старании воспроизводить то, что делается другими. Подросток в силу возрастных психологических особенностей склонен к подражательному поведению, что является потенциально опасным в плане формирования личностных черт зависимости.

По данным Л.Шертока внушаемость и гипнабельность тесно связаны с чертами личности. Оказалось, что наиболее податливы внушению и гипнотическому воздействию лица, у которых по результатам теста Кеттелла выявляются отклонения по факторам А и Е. Как это ни парадоксально, более внушаемыми оказываются люди открытые и властные, а не скромные или застенчивые.

Наши (В.Д.Менделевич, И.Р.Хусаинова) исследования 24 наркозависимых мужчин разного возраста (выборка 1 – от 27 до 30 лет, выборка 2 – от 18 до 22 лет) позволили выявить иные типичные личностные качества наркоманов с повышенным уровнем внушаемости. На основании использования 16-ти факторного опросника изучения личности Р.Кеттелла с оценкой интеллектуальных (В, М, Q), эмоционально-волевых (С, G, I, О, Q, $Q_3$, $Q_4$) и коммуникативных особенностей (А, Н, Е, N, $Q_2$, L) были получены следующие результаты (табл. 3 и 4).

В результате проведенного исследования в обеих выборках выделялись низкие значения по фактору L «доверчивость-подозритель-

*Таблица 3*

**Средние показатели 16-факторного опросника по первой выборке**

| A | B | C | E | F | G | H | I | L | M | N | O | $Q_1$ | $Q_2$ | $Q_3$ | $Q_4$ | MD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4,8 | 5,2 | 4,3 | 4,2 | 7,0 | 4,8 | 5,9 | 5,0 | 3,3 | 7,5 | 5,2 | 5,6 | 7,5 | 4,7 | 5,5 | 5,8 | 4,2 |

*Таблица 4*

**Средние показатели 16-факторного опросника по второй выборке**

| A | B | C | E | F | G | H | I | L | M | N | O | $Q_1$ | $Q_2$ | $Q_3$ | $Q_4$ | MD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5,1 | 5,6 | 3,9 | 4,7 | 5,5 | 6,2 | 5,9 | 5,5 | 3,7 | 7,3 | 4,2 | 4,4 | 5,8 | 4,2 | 6,6 | 6,4 | 5,7 |

ность», что демонстрировало такие характеристики обследованных как откровенность, доверчивость, благожелательность по отношению к окружающим людям, открытость и непосредственность. Помимо этого в первой выборке были обнаружены высокие показатели по фактору F – «сдержанность – экспрессивность», что отражало эмоциональную окрашенность и динамичность общения. То есть, испытуемым от 27–30 лет наиболее присущей была активность, бодрость, беспечность. Отмечалось повышение показателей по фактору M – «практичность – развитое воображение», а также по фактору Q1 – «консерватизм – радикализм», характеризовавшему испытуемых как лиц с повышенными интеллектуальными интересами, склонностью к экспериментированию.

Во второй выборке обнаруживались высокие значения по фактору M – «практичность – развитое воображение», что указывало на такие присущие обследованным качества как развитое воображение, ориентированность на внутренний мир, обладанием высоким уровнем творческого потенциала, а также низкие значения по фактору C – «эмоциональная неустойчивость – эмоциональная устойчивость», отражавшие низкую толерантность по отношению к фрустрации, подверженность чувствам, переменчивость интересов, склонность к лабильности настроения.

## *Прогностическая некомпетентность*

Одной из важных характеристик зависимой личности считается неспособность в полной мере и адекватно планировать и прогнозировать будущее. Известно, что для людей с личностными расстройствами и девиациями типичным является прямое следование случайно возникшей ситуации под непосредственным влиянием внешних условий без учета соответствующего вероятностного прогноза.

Они обычно опираются на короткий ряд предшествующих последовательностей (В.В.Гульдан, В.А.Иванников). В определенных ситуациях у них может проявляться интеллектуальная недостаточность в виде своеобразной некритичности, склонности их к поступкам без понимания путей и средств, ведущих к их результативности, отсутствие, несмотря на печальный жизненный опыт, какого-либо понимания своей недостаточности. Эта недостаточность проявляется не в связи с утратой знаний, снижением способности к усвоению нового, а в связи с отсутствием должного учета прошлого, надлежащего прогнозирования на будущее, осмысления и предвидения последствий сделанного.

В соответствии с результатами наших (В.Д.Менделевич) исследований в структуру гармоничной личности входит *антиципационная состоятельность (прогностическая компетентность).* Под этим свойством понимается способность предвосхищать будущее, прогнозировать поведение окружающих и собственные реакции и поведение. У гармоничной личности преобладающим является нормовариантный тип вероятностного прогнозирования, у зависимой — моновариантный. Последний характеризуется нацеленностью лишь на один единственный субъективно значимый прогноз развития событий при игнорировании всех иных.

Подросток с зависимыми формами поведения, как правило, либо не склонен прогнозировать и планировать собственное будущее, либо ориентирован лишь на успех — положительный для него исход событий. Так, наркозависимый живет сегодняшним днем, минутой. Его не страшит и не пугает состояние, которое может развиться после употребления наркотика. Его ничему не учит прошлый (собственный или чужой) опыт. Он не способен или не желает в полном объеме представить свое будущее.

Исследования (В.Д.Менделевич, Е.А.Брагина, А.Э.Узелевская, И.В.Боев) 63 человек (31 подростков с наркотической и 32 с алкогольной зависимостями) с помощью модифицированного варианта теста фрустрационной толерантности Розенцвейга и теста антиципационной состоятельности, а также с целью оценки психофизиологических особенностей испытуемых теста на анализ реакций на движущийся объект — РДО (без пропадания и с пропаданием движущейся метки) дали следующие результаты (табл. 5).

Как видно из приведенных в таблице 5 данных, у обследованных с наркотической и алкогольной зависимостями отмечалось снижение показателей по всем составляющим антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) по сравнению с контролем. Наиболее выраженные отличия регистрировались по личностно-ситуативной и пространственной составляющим, что указывало на снижение способностей зависимых от психоактивных веществ людей прогнозировать поведение окружающих и собственные поступки, а также нарушение временно-пространственного упреждения. Последний факт был подтвержден с помощью методики РДО.

*Таблица 5*

**Усредненные значения по тесту антиципационной состоятельности и по методике РДО**

| | Антиципационная состоятельность | | | | РДО | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Личностно-ситуативная | Пространственная | Временная | Σ, % | без пропад. дсм | с пропад. дсм |
| Норма-контроль | 174,1 | 53,5 | 41,9 | 66,5 | 45,4 | 81,9 |
| Лица с наркозависимостью | 63,5 | 39,5 | 35,4 | 58,3 | 74,5 | 142,2 |
| Лица с алкогольной зависимостью | 153,8 | 41,6 | 36,3 | 57,2 | 61,3 | 200,6 |

## *Ригидность и упрямство*

Еще одной характеристикой зависимой личности является *ригидность*. Под ригидностью понимается негибкость, тугоподвижность всей психической деятельности и, в частности установок, экспектаций (ожиданий), стилей поведения, осмысления действительности. По мнению Г.В.Залевского, психическая ригидность включает в себя склонность к широкому спектру фиксированных форм поведения и неспособность при объективной необходимости изменить мнение, отношение, установку, мотивы, модус переживания и т.п.

Ригидность – трудность, с которой изменяются установившиеся навыки (habits) перед лицом новых требований – по Кэттеллу. Х.Инглиш и А.Инглиш определяют ригидность как привязанность ставшему неадекватным способу действия и восприятия или относительная неспособность изменить действие или отношение, когда этого требуют объективные условия.

В психологии ригидность понимается как неспособность личности изменять свое поведение в соответствии с изменением ситуации – как приверженность к одному и тому же образу действия, несмотря на то, что внешние условия стали другими. Ригидность предполагает и застреваемость аффекта, фиксацию на однообразных объектах, неизменность их эмоциональной значимости. Ригидность часто связана с подозрительностью, злопамятностью, повышенной чувствительностью в межличностных отношениях.

Ригидность тесно связана с тревожностью и именно их взаимодействие приобретает значительную стимулирующую силу. Нередко ригидность имеет связь с ревностью. По наблюдениям Ф.Б.Березина сочетание присуще ригидным личностям сензитивности, восприимчивости с тенденцией к самоутверждению порождает подозрительность, критическое или презрительное отношение к окружаю-

щим, упрямство, а нередко и агрессивность. Лица такого типа честолюбивы и руководствуются твердым намерением быть лучше и умнее других, а в групповой деятельности стремятся к лидерству. Подобные стремления по мнению Л.М.Балабановой можно встретить у психопатических личностей, возглавляющих преступные группы.

Можно предположить, что застреваемость аффекта, аффективная окраска окружающего мира в значительной степени обусловленной тревожностью, как личностной чертой, т.е. беспокойство, неуверенностью в себе, в своем положении, отношении к себе других людей, в первую очередь тех, на которых, в основном, строится адаптация данного человека.

Подозрительность ригидных личностей, как правило, отражает неблагоприятные ожидания, тревогу, боязнь отторжения от микросоциального окружения. Аффективные насильственные действия поэтому часто носят характер психологической зашиты от действительного, а скорее мнимого, недоброжелательного, враждебного отношения.

К аналогичным выводам и приходят многие авторы. Так, Г.В.Залевский считает, что для ригидных личностей характерна тревога и чувство вины, беспокойство, навязчивые сомнения, подавленное жесткое суперэго, недоверчивость, чувство неполноценности. Вместе с тем, Г.В.Залевский отмечает и такую черту ригидной личности, как отчуждение и социальную изолированность. Отчуждение и социальная изолированность ригидных лиц особенно часто наблюдается у преступников с психическими аномалиями.

Ригидные лица, проявляя стойкую приверженность к определенным способам проведения, осложняют тем самым общение, что приводит к развитию дезадаптации. У лиц с психическими аномалиями ригидность приводит к еще более тяжким последствиям, так как набор субъективных возможностей к адаптации у них в целом хуже и беднее. Многие из них активно отталкиваются средой, что во многом детерминирует проявления противоправных действий с их стороны.

Связь проблемы ригидности и психических состояний с наибольшей отчетливостью выступает при анализе эмоциональных состояний напряженности или стрессовых состояний. Изучение стресса получило физиологическое обоснование в учениях У.Кеннона о гомеостазе и Г.Селье об «общем адаптационном синдроме», т.е. о своеобразной, защитной по своему характеру реакции организма, мобилизующего свои ресурсы (прежде всего эндокринные) в ответ на сильные и травмирующие (сверхсильные) внешние воздействия — будь то физические или нервно-психические эмоциональные перегрузки.

В случае стрессовых состояний имеют место физиологические и психологические изменения. При не очень сильном и длительном стрессе физиологические изменения могут почти не проявиться внешне или просто не поддаться регистрации, тогда приходится прибегать к анализу более тонких и своеобразных изменений поведения. М.С.Роговин (1970) указывает, что к их числу относятся в

первую очередь затруднения в осуществлении функций, требующих сознательного контроля и связанных с направленностью мышления на решение той или иной задачи. При этом наблюдаются трудности в распределении и переключении внимания. В то же самое время навыки, заученные и автоматизированные формы поведения не только тормозятся, но могут даже против воли человека заменять собой сознательно направленные действия. В связи с этим автор приводит очень интересный пример: мать, взволнованная внезапным заболеванием ребенка, никак не может дозвониться к врачу, так как многократно ошибочно набирает номер собственного телефона. Здесь же указывается, что помимо торможения некоторых сторон сознательной деятельности, при стрессе возможны и ошибки восприятия, памяти, неадекватные реакции на неожиданные раздражители, сужение объема внимания и восприятия, ошибки в распределении длительности интервалов времени и т.д.

При исключительной многоплановости этой темы (Роговин М.С., 1962, 1963; Наенко Н.И., Овчинникова О.В., 1967; Пунк Э.Ю., 1969), по существу все исследователи сходятся в том, что отличительной особенностью поведения в ситуации напряженности является его негибкость. Поведение утрачивает пластичность, свойственную ему в нейтральной обстановке. Как показывают опыты, при прочих равных условиях, в состоянии напряженности в первую очередь страдают сложные движения, что не только нарушает деятельность, но и может привести к ее срыву. Это было показано еще Дж.Гамильтоном и И.Кречевским (1933), при стрессе поведения в значительной степени утрачивает свойство пластичности и характеризуется преобладанием стереотипий. Известно также, что при очень высоких степенях этой напряженности отмеченное сужение диапазона действий (реализуюещееся в крайних формах как возбуждения, так и торможения) может достигать уровня патологии.

В структуре зависимого поведения нередко ригидность лежит в основе компульсивности – краеугольного камня любой аддикции. Зависимой личности свойственны устойчивые и неизменные принципы в тех областях жизни, которые оказываются повышенно значимыми. Следование ритуалам и шаблонам становится для них необходимостью и доставляет радость. К примеру, спортивные фаны испытывают удовольствие от навязанного группой однообразия стиля в одежде, манерах, речевых оборотах. Кроме того, ригидность является оборотной стороной целеустремленности, которая в свою очередь можно считать инструментарием для реализации зависимости. Ведь, без целеустремленности (пусть и носящей гедонистический девиантный характер) невозможно представить формирование аддикций. Можно предположить, что ригидность является базовой психологической характеристикой расстройств зависимого поведения. Именно ригидность способна цементировать патологический паттерн аддиктивного поведения, создать одно из основных качеств зависимости – непреодолимость влечения к совершению девиантного поступка, сопровождающегося эмоциональной «разрядкой».

Многие исследователи (Ткаченко А.А., 1999; Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю., 2000; Бухановский А.О., 2001 и др.) обнаруживают в преморбиде лиц с зависимыми формами поведения эпилептоидную акцентуацию характера, выделяя как значимое качество – торпидность, ригидность психических процессов и сравнивая процесс реализация аддикции с разрядом эпилептической активности в форме дисфории. Наши исследования подтверждают значимость психической ригидности для становления зависимостей как от психоактивных веществ, так и от пищи, сексуальных фетишей, игр.

### Наивность, простодушие и чувственная непосредственность

В структуру зависимой личности входят характеристики наивности, простодушия, непосредственности, которые являются базой для формирования свойств внушаемости. Под *наивностью* понимается неопытность и неосведомленность. Подросток, склонный к наркозависимости, часто не имеет всей полноты правдивой информации о том, каковы реальные последствия употребления наркотических веществ. Его представления в этом вопросе носят детский непосредственный характер. Он часто склонен удивляться, обижаться и разочаровываться в силу отсутствия точного представления о реальности. *Простодушие* – это бесхитростность, неточное понимание смысла поступков окружающих, излишняя доверчивость. Такой человек часто попадает впросак в силу непосредственного инфантильного взгляда на жизнь. Под влиянием сформировавшегося зависимого поведения его простодушие оборачивается противоположной стороной – лживостью.

### Любопытство и поисковая активность

Известно, что в подавляющем большинстве случаев мотивом употребления психоактивных веществ и формированием впоследствии зависимого поведения является любопытство. *Любопытство* – это стремление узнать, увидеть что-нибудь новое, непознанное, неизвестное. Если любопытство носит социально одобряемый характер, то оно обозначается как *любознательность, пытливость* и описывается как склонность к приобретению новых знаний, интерес к тонкостям. Несомненно, что зависимая личность в своем истоке имеет любопытство и любознательность. Поиск нового, неизведанного (правда, носящего в случае зависимостей девиантный характер) является важной составной частью такой характеристики зависимой личности как высокой поисковой активности.

В.С.Ротенберг и В.В.Аршавский отмечают, что у человека существует заданная потребность в поиске – *поисковая активность*. Причем, неблагоприятными для развития потребности в поиске считаются две противоположные ситуации. При первой, активность в поиске ребенка обесценивается в связи с тем, что его действия наталкиваются на неизменное сопротивление и даже наказание активности со стороны взрослых. Ребенок в таком случае начинает ощущать беспомощность. При второй, блокирование поисковой активности происходит в связи с тем, что его желания удовлетворяются немедленно и взрослые оберегают его от малейшего проявления самостоятельности.

Таким образом, зависимое поведение можно рассматривать двояко. С одной стороны, как результат поисковой активности чего-то нового, неизведанного, таинственного, но интересного. С другой, как смещение поиска с адекватного, на вторичный, когда активность направлена не на изменение неприемлемой ситуации, а на самозащиту. Выше мы уже писали о том, что некоторые формы зависимого поведения можно рассматривать как творческий поиск и процесс, характеризующиеся нацеленностью на познание реальности в максимально широком спектре.

### Максимализм

Для человека с чертами зависимой личности типичным является наличие такого свойства как *максимализм*, под которым имеет в виду крайность в каких-либо требованиях, взглядах, эмоциях. Для подростка, склонного к формированию зависимых форм поведения, характерна категоричность в суждениях. Он воспринимает мир двухцветным – черно-белым. Он не склонен к компромиссам, особенно в сфере значимых отношений. Для него существуют «либо все – либо ничего».

Подобные проявления пронизывают зависимую личность альтернативностью: любить-ненавидеть, желать-отвергать, радоваться-горевать. У такого подростка отсутствуют тонкие эмоциональные переживания. Он склонен к гротескному восприятию и оцениванию себя и окружающих. Вследствие этого, качество умеренности («разумности потребностей») у него отсутствует.

### Эгоцентризм

Вся структура зависимой личности пронизана *эгоцентризмом* – фиксацией внимания на себе, своих интересах, чувствах и пр. Ведь основная потребность зависимой личности – гедонистическая (получение удовольствия, радости, удовлетворения) – не может быть неэгоцентрической. Именно поэтому специалисты большое внима-

ние уделяют оценке и анализу «Я-концепции» и самооценке лиц с девиантными формами поведения.

Не всегда у зависимой личности эгоцентризм проявляет себя в демонстративности, «жажде признания» и прочих атрибутов истерических черт характера. Он может носить и иной характер. В частности, проявляться чувством превосходства над другими, избранности, необычности (даже если девиант в группе, когда начинает доминировать группоцентризм и противопоставление «своих» «чужим»).

### Яркость воображения, впечатлений и фантазий

В силу высокой активности в поиске, направленной на новые ощущения и впечатления, зависимая личность испытывает т.н. «голод по сенсорной стимуляции». Такой человек стремится (и, заметим, способен испытывать) к особо ярким впечатлениям. Для него типична способность фантазировать, перевоплощаться, жить в выдуманном окружении, погружаться в мир грез, легко отрешаясь от действительности. Как ребенок зависимая личность легко способен переходить в мир вымысла и фантазий. Именно поэтому, он быстро и без особого труда вживается в роль честного и искреннего человека, будучи нередко лжецом. Он сам верит в свою ложь.

### Нетерпеливость

Несомненно важным качеством зависимой личности является *нетерпеливость*, неспособность «ждать и догонять», отсутствие выдержки. Как и многие иные свойства нетерпеливость особенно присуща детям, которые нацелены на немедленное получение желаемого или разрешение ситуации.

Подросток с зависимыми формами поведения как ребенок ориентирован на немедленное достижение задуманного. Он становится зависимым не только от формы, но и от времени. Одним из наиболее насущных оказывается т.н. «голод по структурированию времени». Для зависимой личности требуется, чтобы жизнь была наполнена (переполнена) событиями, чтобы события совершались как можно чаще и быстрее. Ждать у такого человека «нет времени».

### Склонность к риску и «вкусу опасности»

Зависимость, как правило, в силу высокой поисковой активности, яркости воображения и фантазий, максимализма оказывается сопряженной со *склонностью к риску*. В рамках аддиктивного пове-

дения с целью вывести себя из состояния скуки зависимая личность отправляется на поиск все более сложных и опасных способов достижения удовольствия. Как правило, по мере углубления зависимости старые проверенные способы перестают быть удовлетворяющими и нарастает «вкус опасности». Употребление психоактивных веществ, экстремальные виды спорта могут рассматриваться как аддикции, связанные с утратой чувства опасности.

### *Страх быть покинутым*

Специфичность для зависимой личности страха быть покинутым человеком, с которым имеется тесная связь, основывается на испытываемом ей ощущении беспомощности, *несамостоятельности*, неспособности принимать повседневные решения. В то же время, подобный страх – это инфантильная реакция на потенциальную разлуку, расставание. Как и ребенка зависимую личность тревожит и волнует возможность остаться одному, в одиночестве, несправиться с жизненными сложностями. Вследствие этого, происходит формирование поведения, при котором демонстрируется тесная связь и зависимость от значимого человека – перекладывание на него наиболее важных решений, подчинение своих интересов потребностям близких или окружения, податливость их желаниям и отказ от предъявления окружающим каких бы то ни было требований. Несмотря на внешнее сходство с альтруистичностью, подобное поведение проникнуто эгоцентризмом и эгоизмом. Все предпринимаемые действия по снятию с себя ответственности за собственную жизнь являются хорошим оправданием для зависимой личности в случае появления проблем. Часто наркозависимые или пациенты с алкоголизмом упрекают в их заболеваниях близких и родных, к котором были привязаны, от которых ощущали зависимость и которых так страшились потерять.

Резюмируя приведенные в данной главе факты, следует указать на то, что с позиции концепции зависимой личности мы обращаем внимание на тот факт, что в преморбиде зависимого поведения значимым является не обобщенная характеристика, облаченная в форму акцентуации характера или личностного расстройства, а отдельные специфичные качества и черты, составляющие портрет аддикта. Приведенный в данной главе перечень значимых личностно-характерологических качеств несомненно противоречив (как противоречива сама личность склонного к зависимому поведению человека). Научный же поиск закономерностей сочетания несочетаемого – дело будущего.

# ГЛАВА 4. НАРКОЗАВИСИМОСТЬ И КОМОРБИДНЫЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ДЕВИАЦИИ

## *Наркозависимость*

Наркозависимость, как было показано в предыдущей главе, отражает лишь одну из форм зависимостей, становление которой происходит на базе качеств зависимой личности. В данном разделе работы приведены описания и результаты собственных исследований как наркозависимости, так и поведенческих расстройств и девиаций, которые нередко формируются по сходным механизмам. Они могут встречаться у одного и того же пациента, к примеру иметь склонность к чередованию, переходу одних зависимостей в другие. Именно в данном контексте используется термин коморбидность — соболезненность, отражающий не столько случайное сосуществование, сочетание у одного и того же индивида разных аддикций (психологического или психопатологического уровней), сколько их этиопатогенетическое родство.

Девиантное поведение в виде употребления и злоупотребления веществами, вызывающими состояния измененной психической деятельности, психическую и физическую зависимость от них является одним из самых распространенных видов отклоняющегося поведения. Сутью такого поведения становится значительное изменение иерархии ценностей человека, уход в иллюзорно-компенсаторную деятельность и существенная личностная деформация.

При применении опьяняющих веществ, которые изменяют восприятие мира и самооценку человека, происходит постепенное отклонение поведения в сторону формирования патологической зависимости от вещества, фетишизации его самого и процесса употребления, а также искажение связей человека с обществом.

По мнению Б.С.Братуся (1988), опьяняющее вещество (алкоголь, наркотик, токсическое средство) отражает проекцию психологического ожидания, актуальных потребностей и мотивов на психофизиологический фон опьянения, создавая внутреннюю картину, которую человек приписывает действию напитка, делая его психологически привлекательным. Мотивация употребления алкоголя и наркотических веществ имеет несколько форм (Короленко Ц.П., Донских Т.А., 1990):

**Атарактическая мотивация** заключается в стремлении применения веществ с целью смягчения или устранения явлений эмоционального дискомфорта. В данном случае вещество, вызывающее опьянение, используется как лекарственный препарат, снимающий негативные феномены и симптомы душевного неблагополучия. Среди симптомов, которые, в первую очередь, подталкивают человека к употреблению таких веществ оказываются страх, тревога, депрессия и их разновидности. Повышенная эмоциональная насыщенность, негативный фон настроения способствуют выбору в пользу наиболее легкого решения проблемы. Снятие симптомов происходит химическим путем. Возвращение обычного эмоционального состояния и чувства комфорта блокирует потребность дальнейшего использования веществ. Однако девиантное поведение может сформироваться при атарактической форме мотивации в силу частоты применения данного способа снятия эмоциональных проблем с переходом психологической зависимости в физическую.

Учитывая направленность атарактической мотивации на снятие эмоциональных переживаний, она является преобладающей при патохарактерологическом и психопатологическом типах девиантного поведения. Как правило, употребление различных опьяняющих и транквилизирующих веществ происходит при таких симптомах и синдромах, как: тревожный, обсессивно-фобический, депрессивный, дисфорический, астенический, психоорганический, ипохондрический и некоторых иных. Нередко употребление веществ направлено на купирование внутриличностного конфликта при т.н. психопатических синдромах (эксплозивном и эмоционально неустойчивом, истерическом, ананкастном). При иных типах девиантного поведения атарактическая мотивация встречается реже.

**Гедонистическая мотивация** выступает, как бы, продолжением и развитием атарактической, но разительно отличающейся от нее по качеству. Атарактическая приводит эмоциональное состояние в норму из сниженного, а гедонистическая способствует повышению нормального (не сниженного) настроения. Гедоническая направленность проявляется в получении удовлетворения, испытания чувства радости от приема веществ (алкоголя, наркотиков) на фоне обычного ровного настроения (рис. 4).

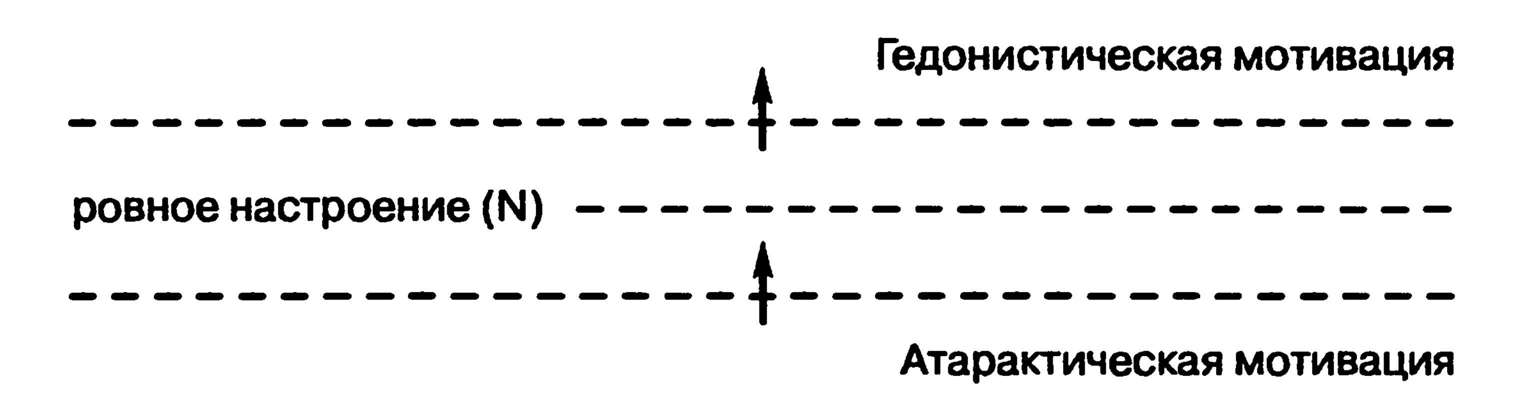



**Рис. 4.** Направленность изменения настроения при различных видах мотивации употребления психоактивных веществ.

Гедоническая направленность может встречаться при различных типах девиантного поведения: и при делинквентном, и при аддиктивном, и при патохарактерологическом, и при психопатологическом. Однако типичной она считается для аддиктивного поведения. Человек с аддиктивной направленностью поступков склонен искать в алкоголе или наркотиках способ ухода от реальности в иллюзорный мир, доставляющий ему наслаждение. При этом он выбирает из богатого арсенала наркотических веществ или алкогольных напитков лишь те, которые обладают *эйфоризирующим эффектом*, способствующим быстрому и резкому повышению настроения, появлению смешливости, благодушия, радости, любвиобилия, легкого достижения сексуального оргазма. Немаловажным становится поиск необычного (неземного) действия веществ, резко превращающего «серое существование» в интересный, полный неожиданностей «полет в неизведанное». К веществам, используемым при аддиктивном типе девиантного поведения, относят такие вещества, как *марихуану, опий, морфин, кодеин, кокаин, ЛСД, циклодол, эфир* и некоторые другие.

Наибольшие изменения психической деятельности, превышающие чисто эйфоризирующий эффект и сопровождающиеся иными психопатологическими расстройствами, наблюдаются при использовании ЛСД (лизергина, диэталамида лизергиновой кислоты), кодеина, марихуаны (гашиша) и кокаина. Отличительной особенностью действия ЛСД является присоединение к эйфоризирующему *галлюциногенного эффекта*, при котором возникают необычайно яркие цветные зрительные галлюцинации (вспышки света, калейдоскопическая сменяемость образов, принимающая сценический характер), дезориентировка в месте и времени (время кажется остановившимся или стремительно летящим).

При курении или жевании марихуаны (анаши, гашиша) возникает безудержная болтливость, смех, наплыв фантазий, поток случайных ассоциаций. Резко изменяется восприятие внешнего мира. Он становится значительно ярче, красочнее. У человека в таком состоянии появляется грезоподобный синдром, при котором реальность смешивается с вымыслом. Иногда возникает ощущение невесомости, полета, парения в воздухе. Типичными и вызывающими веселье являются симптомы нарушения схемы тела: ощущения удлинения или укорочения конечностей, видоизменения всего тела. Нередко и окружающий мир меняется в размерах, цвете, консистенции.

**Мотивация с гиперактивацией поведения** близка к гедонистической, но основывается не на эйфоризирующем, а на *активирующем эффекте* вещества. Часто эффекты действуют совместно, однако нередко человеком разделяются. При данной форме мотивации базисным становится потребность вывести себя из состояния пассивности, безразличия, апатии и бездействия с помощью веществ, провоцирующих необычную, запредельную живость реакции и активность. Особо важным становится стимуляция сексуальной активности и достижения «рекордных результатов» в интимной сфе-

ре. Таким образом, гиперактивация рассматривается чаще всего человеком как гиперсексуальность и возможность получить что-то необычное в сфере волюстических (сопровождающихся оргазмом) ощущений. Попытка достичь высшей степени «сексуального блаженства» с помощью гиперсексуальной активации сочетается с активностью к рискованной деятельности. Из наркотических веществ, обладающих активирующими свойствами, выделяются *марихуана, эфедрин и его производные*, сочетающие гиперактивацию и гиперсексуальность, а также *кодеин, никотин и кофеин*, вызывающие активность без гиперсексуальности. Мотивация с гиперактивностью и гиперсексуальностью, как правило, встречается при аддиктивном типе девиантного поведения. Пресытившись традиционными способами достижения оргазма, человек нацеливается на новые, более возбуждающие способы («ловля оргазма»), сопряженные с риском и употреблением наркотических веществ. Такие способы позволяют ему вывести себя (пусть на короткое время и ценой психических расстройств) из состояния скуки и равнодушия. Нередко сексуальная партнерская пара совместно принимает перед коитусом наркотические вещества для снятия однообразия в интимной жизни.

**Субмиссивная мотивация** применения веществ отражает неспособность человека отказаться от предлагаемого окружающими приема алкоголя или наркотических веществ. Нсспособность противостоять давлению вытекает из характерологических или личностных особенностей человека. В одном случае это обусловлено ананкастными или зависимыми чертами характера (робостью, застенчивостью, конформностью, тревожностью, осторожностью в общении), при которых индивид старается избегать ситуаций осуждения (в частности, за нежелание «за компанию» употребить спиртные напитки). Страх оказаться вне коллектива, быть изгнанным из него за неконформное поведение, стать «белой вороной» являются базой для субмиссивной мотивации употребления веществ, вызывающих изменение психического состояния.

**Псевдокультурная мотивация** основывается на мировоззренческих установках и эстетических пристрастиях личности. Человек рассматривает употребление алкоголя или наркотических веществ сквозь призму «изысканности вкуса», причастности к кругу избранных – знатоков. Поведение индивида носит характер причастности к традиции, «культуре». В большей степени при псевдокультурной мотивации важно не само употребление веществ, а демонстрация этого процесса окружающим. Встречается она при патохарактерологическом типе девиантного поведения, в частности в рамках истерических характерологических расстройств.

В случаях формирования психопатологического типа поведения при таких психических заболеваниях, как алкоголизм, наркомании и токсикомании, девиантное поведение становится полностью зависимым от феноменологических клинических особенностей и стадий болезни. Выделяют три механизма доминирования алкогольной и

наркотической потребности и формирования зависимости с комплексом клинических симптомов и синдромов (Э.Е.Бехтель):

1. ***Эволюционный механизм.*** По мере повышения интенсивности эйфоризирующего эффекта происходит рост потребности, которая из второстепенной, дополнительной (аддиктивной, патохарактерологической) становится вначале конкурирующей, а затем доминирующей.

2. ***Деструктивный механизм.*** Разрушение личностной структуры, вызванное какими-то психотравмирующими факторами, крахом личности, сопровождается изменением ее ценностной ориентации. Значение прежде доминирующих потребностей при этом снижается. Второстепенная потребность в веществах, изменяющих психическое состояние, может неожиданно стать доминирующей, основным смыслообразующим мотивом деятельности.

3. ***Механизм, связанный с изначальной аномалией личности.*** Он отличен от деструктивного тем, что аномалия является длительно существовавшей, а не возникшей в силу психотравмирующего воздействия на личность. Выделяется три варианта аномалий: а) при аморфной личностной структуре, со слабо выраженными иерархическими отношениями, в системе потребностей и мотивов любая сколько-нибудь значимая потребность быстро становится доминирующей; б) при недостаточности внутреннего контроля неполная интернализация групповых норм не позволяет выработать внутренние формы контроля; в) при аномалии микросреды искаженные групповые нормы формируют аномальные установки на употребление веществ, изменяющих психическое состояние.

Одной из наиболее значимых проблем девиантного поведения в виде злоупотребления веществами, вызывающими изменения психики и зависимость, является проблема изучения личности наркозависимого и зависимого от алкоголя. В предыдущей главе представлена характеристика зависимой личности. Однако можно говорить не об одном психологическом портере зависимой личности, а о нескольких. Это связано с тем, что наркомания, алкоголизм или никотинизм могут возникать по нескольким механизмам.

Известно, что таким людям свойственно сочетание противоречивых качеств. У них могут наблюдаться резкие колебания настроения, неустойчивость интересов, сенситивность, повышенная рефлексия и склонность к самоанализу, излишняя самоуверенность, переоценка своих возможностей, одновременное проявление полярных качеств психики (самоуверенность и легкая ранимость, развязность и застенчивость, ласковость и жестокость).

Традиционная точка зрения о том, что базисная притягательная сила алкогольного и наркотического опьянения кроется в эйфории подвергается критике (Б.С.Братусь, П.И.Сидоров). Считается, что психологические причины тяги располагаются глубже и заключаются, во-первых в тех иллюзорных возможностях удовлетворения желаний и разрешения конфликтов, которые дает состояние опьянения, и, во-вторых, в тех психологических и социаль-

ных условиях, которые толкают человека на этот путь. И.Н.Пятницкая (1994) отмечает, что личность наркомана преморбидно отличают черты незрелости (неустойчивость и невыраженность высоких, в частности, интеллектуальных интересов, твердых нравственных норм, чувство стадности) и несовершенная адаптация, невыносимость стрессовых ситуаций, склонность к колебаниям настроения.

M.Zukermann описал особый тип поведения – «поиск ощущений» (ПО) – поведение, связанное с потребностью в различных новых ощущениях и переживаниях, выражающийся в стремлении к физическому и социальному риску ради этих ощущений. Подобное поведение – индивидуальная особенность субъекта, вытекает из необходимости поддерживать оптимальный уровень стимуляции и возбуждения. Автор утверждает, что одним из факторов приобщения подростков к наркотикам является любопытство и желание новых ощущений, кроме того подростки с высоким уровнем ПО стремятся к экспериментированию с различными видами наркотиков с целью повысить уровень возбуждения.

Особое значение в формировании пренаркотической личности придается психическому инфантилизму, выражающемуся в несамостоятельности принятия решений и действий, неспособности противостоять влиянию извне, в пониженной критичности к себе, обидчивости, ранимости. Традиционно выделяются следующие личностные факторы, характерные для подростков употребляющих психоактивные вещества:

1) повышенные по сравнению с благополучными сверстниками: толерантность к отклоняющемуся поведению; критицизм по отношению к социальным институтам общества (школа, семья), отчужденность от них, восприимчивость к новым идеям и впечатлениям; интерес к творчеству, импульсивность.

2) пониженные по сравнению с благополучными сверстниками: ценность достижений; ожидание академических успехов; религиозность; конформизм; чувство психологического благополучия (что выражается в высоком уровне стресса и апатии); уважение к общепринятым нормам поведения.

3) экстернальный локус контроля (полезависимость) и сниженная самооценка.

С.Б.Белосуров в анамнезе болеющих наркоманией, наряду с другими факторами, отмечает:

- воспитание в неполной семье;
- постоянную занятость одного из родителей (длительные командировки, деловую загруженность и т.д.);
- отсутствие других детей в семье.

По мнению Б.Уильямс, среди наркоманов наблюдается определенное сходство, касающееся их семей, и отмечаются следующие факторы:

- отец отсутствует или отличается слабым характером;
- излишне заботливая, уступчивая или, наоборот, властная мать;

- непоследовательное поведение и отсутствие сдерживающих факторов;
- враждебность или конфликты между родителями;
- нереальное стремление родителей по отношению к детям.

Наши (В.Д.Менделевич) психологические исследования семей, в которых подросток страдает наркоманией, позволяют сделать вывод о том, что существует психологический тип отца наркозависимого, которого можно обозначить по аналогии с выделенной учеными «шизофреногенной матерью» «*наркогенным отцом*». Сутью его психологического портрета является сочетание таких черт, как: повышенные требования к себе и своему окружению (в частности, ребенку, жене), трудоголизм, нежелание считаться с индивидуальными, возрастными особенностями и ситуативными моментами, эмоциональная холодность в сочетании с жесткостью и нередко с жестокостью, склонность к конкурентной борьбе, гиперактивность и общительность, носящая часто поверхностный характер и не сопровождающаяся желанием понять и эмоционально принять собеседника.

По мнению И.Н.Пятницкой можно выделить следующие характеристики личности наркозависимого:

- наркоманы преморбидно представляют собой лиц, далеких от больших социальных интересов, а также лишенных устойчивых и сформированных индивидуальных интересов, какой-либо увлеченности.
- обособление от взрослых, агрессивность к обществу, солидарность с возрастной группой, поиск чувственных впечатлений, сексуального опыта, даже познавательные интеллектуальные побуждения подростков.

Важный научный интерес представляет проблема существования типичных индивидуально-психологических черт лиц, употребляющих различные наркотические вещества. Имеются данные о том, что структура личности находится в определенной взаимосвязи с разновидностью наркотика, а отношения человек – наркотик, определяют выбор наркотика. Несомненно значимым является и факт, что подавляющее большинство наркоманов предпочитают какое-либо одно наркотическое вещество, обладающее именно теми свойствами, которые могут удовлетворить некоторые основные потребности их личности. Часто, по мнению Э.Крепелина, наркоман выбирает вещество, дефект от злоупотребления которым сходен с преморбидной его личностью. В качестве примера Э.Крепелин приводил «астенического мечтателя», пристрастившегося к морфину и окончательно ушедшего в наркотические грезы до глубокой степени истощения. Соответствующие наблюдения, подтверждающие это, накопились относительно пациентов эпилептоидного и шизоидного кругов. Э.Крепелин пишет: «Казалось бы, эпилептоидный психопат с чертами ригидности, вязкости психических процессов и, в частности, застойными аффектами должен искать средство, облегчающее эти дефекты. Но он выбирает не стимуляторы, оживляющие психические функции, а снотворные и транквилизирующие препараты».

И все же подавляющее большинство ученых сходятся во мнении о том, что наркотик является своеобразным компенсирующим фактором, способствующим преодолению человеком имеющихся психологических проблем и дезадаптации. Принимающие психостимуляторы обладают качествами вялости, апатичности, неэнергичности. Наркотические вещества с эйфоризирующим эффектом склонны употреблять лица либо находящиеся в состоянии удрученности, пониженного настроения с целью снять имеющийся психоэмоциональный дискомфорт, либо люди, пытающиеся вырваться из плена скуки.

Наркомания – тотальное поражение личности, в большинстве случаев сопровождающееся осложнениями со стороны физического здоровья (С.Б.Белогурова). Наркомания как патологическое состояние в значительной степени труднообратима. Негативные изменения, которые произошли в психике человека в результате злоупотребления наркотиками, очень устойчивы. Медицинский смысл слова «наркотик» – средство для наркоза. В общеупотребительном смысле слова это средство для получения удовольствия.

Наркотиками в России считаются вещества, включенные в список наркотиков Постоянно Действующим Комитетом по Контролю за Наркотиками (ПККН) Российской Федерации. В других странах принадлежность субстанции к наркотикам также определяется национальными юридическими документами.

К наркотикам обычно относят вещества, соответствующие следующим критериям:

- Способность вызывать эйфорию или по крайней мере приятные субъективные переживания.
- Способность вызывать зависимость (психическую и/или физическую – то есть потребность вновь и вновь использовать наркотик).
- Существенный вред физическому и психическому здоровью при регулярном употреблении.
- Возможность широкого распространения этих веществ среди населения.
- Потребление данного вещества не должно быть традиционным в данной культуре.

Возможна следующая классификация наркотических веществ:

1. ПРЕПАРАТЫ КОНОПЛИ.
2. ОПИАТНЫЕ НАРКОТИКИ (наркотики, изготовленные из мака или действующие сходным с ним образом).
3. СНОТВОРНО-СЕДАТИВНЫЕ СРЕДСТВА.
4. ПСИХОСТИМУЛЯТОРЫ.
5. ГАЛЛЮЦИНОГЕНЫ.
6. ЛЕТУЧИЕ НАРКОТИЧЕСКИ ДЕЙСТВУЮЩИЕ ВЕЩЕСТВА (бензин, ацетон, клей «Момент»).

Зависимость от той или иной группы наркотических веществ имеет свои клинические признаки. Общим для всех видов наркоманий является феномен физической и психической зависимости. Меха-

низм физической зависимости можно объяснить следующим образом. Организм «настраивается» на прием наркотиков и включает их в свои биохимические процессы. Наркотики — каждый препарат посвоему — начинают выполнять функции, которые раньше обеспечивались веществами, производящимися самим организмом. Организм, чтобы сэкономить внутренние ресурсы, прекращает или сокращает синтез этих веществ. Под психической зависимостью понимают имеющееся у субъекта стремление вновь пережить приятное самочувствие, которое ранее уже вызывалось у него действием наркотика.

Побудительными мотивами употребления наркотиков чаще других называют:

- Желание расслабиться, отвлечься от проблем, трагических событий.
- Поиск новых впечатлений, стимулирование воображения и творческих способностей.

К факторам риска заболевания наркоманией относят:

1. Патологию беременности (выраженные гестозы или инфекционные и тяжелые хронические заболевания).
2. Осложнения родов (затяжные, с родовой травмой, с гипоксией новорожденного).
3. Тяжело протекавшие или хронические заболевания детского возраста (включая простудные).
4. Сотрясения головного мозга.
5. Воспитание в неполной семье.
6. Постоянная занятость одного из родителей.
7. Больной — единственный ребенок в семье.
8. Алкоголизм или наркомания кого-то из близких.
9. Психические заболевания, патологический характер или отклоняющееся поведение близких родственников.
10. Раннее (до 12—13 лет) употребление алкоголя или злоупотребление летучими наркотически действующими веществами.

Наркоманией называется заболевание, которое проявляется влечением к постоянному приему в возрастающих количествах наркотических средств вследствие стойкой физической и психической зависимости от них.

В развитии наркомании выделяют три стадии:

1. Начальная или стадия адаптации. В основном постепенно , но иногда быстро (за 1—2 месяца или после 1—2 введений препарата в организм) развивается психическая зависимость. Диагностическим признаком наличия индивидуальной психической зависимости является употребление психоактивных веществ в одиночестве. Это признак сформировавшегося влечения к наркотику.

2. Хроническая. Имеет место психическая и формируется физическая зависимость, готовность организма к абстинентному синдрому. Начинается утрата эйфорического компонента действия психоактивного вещества.

3. Конечная стадия. Истощение организма. Максимальная физическая зависимость от наркотика, наступление тяжелых нео-

братимых изменений в организме и психики вплоть до инвалидизации.

Приобщение подростка к употреблению наркотиков проходит, как правило, через несколько стадий.

1. Первые пробы. Возможны «во дворе» или в школе из стремления «стать как все», из любопытства, при определенном стечении обстоятельств.

2. Групповая зависимость. Прием вещества происходит в определенной компании. Вне этих рамок желание употребить наркотик не возникает.

3. Психическая зависимость. Появление потребности принимать психоактивное вещество, чтобы вновь и вновь испытывать приятные ощущения.

4. Патологическое (неодолимое) влечение к наркотику. Состояние, проявляющееся неудержимым побуждением к немедленному — во что бы то ни стало — введению в организм психоактивного вещества.

5. Физическая зависимость. Включение химических соединений, входящих в состав наркотика, в обмен веществ организма: в случае резкого прекращения приема наркотиков появляется абстинентный синдром («ломка»).

6. Повышение толерантности (чувствительности) к наркотику. Состояние организма, когда отмечается все менее выраженная ожидаемая реакция организма на определенную дозу вводимого препарата. Происходит привыкание к наркотику, в результате которого необходимая доза возрастает в 10—100 раз по сравнению с первоначально вводимой. Соответственно увеличивается токсическое разрушительное действие препарата на организм.

Первичные (косвенные) признаки интереса подростка к наркотикам:

- падение интереса к учебе, обычным увлечениям;
- появление отчужденности, «апатичного» отношения ко всему, усиление таких черт как лживость, скрытность;
- эпизоды агрессивности, раздражительности, которые сменяются периодами неестественного благодушия;
- компания, в которой подросток проводит много времени, состоит из лиц более старшего возраста;
- эпизодическое наличие крупных или непонятное происхождение небольших сумм денег, не соответствующих достатку семьи, стремление занимать деньги или отнимать их у более слабых;
- тенденция общаться с подростками, которые употребляют психоактивные вещества;
- повышенный интерес к детям из обеспеченных семей, назойливое стремление подружиться с ними;
- наличие таких атрибутов наркотизации как шприцев, игл, облаток из-под таблеток, небольших кулечков из целофана или фольги, тюбиков из-под клея.

- изменение аппетита – от полного отсутствия до резкого усиления, периодическая тошнота, рвота;
- наличие следов от инъекций в области локтевых сгибов, предплечий, кистей рук, раздражений на коже

Решающим признаком употребления подростком психоактивных веществ является состояние наркотического опьянения, установленное специалистом. Необоснованные подозрения в употреблении психоактивных веществ могут оказаться психотравмирующим фактором и подтолкнуть к их реальному употреблению.

В 1997 году в Санкт-Петербурге были проведены исследования среди молодежи (цит. по Гоголевой А.В., 2002). Предметом исследования было накопление знаний о наркотиках в разных возрастных группах. Полученные результаты показали следующее:

В 10–12 лет интересует все, что связано с наркотиками – их действие, способ употребления. О последствиях злоупотребления если и слышали, то всерьез не воспринимают. Сами наркотики не употребляют (возможна токсикомания), с употребляющими знакомы единицы. Знания отрывочны, недостоверны, получены с чужих слов.

В 12–14 лет основной интерес вызывает возможность употребления «легких» наркотиков – марихуана за наркотик не признается. О существовании глобальной проблемы задумываются лишь некоторые, пробовали наркотик немногие – из любопытства, знакомы с потребителями многие. О наркотиках знают много – из опыта знакомых или по рассказам. Многие сведения недостоверны. Опасность злоупотребления сильно недооценивается. Говорят о проблеме только между собой.

В 14–16 лет по отношению к наркотикам формируются 3 группы.

1. «Употребляющие и сочувствующие» – интересуют вопросы, связанные со снижением риска при употреблении без наличия зависимости. Употребление считается признаком независимости. Среди членов этой группы много лидеров.

2. «Радикальные противники» – «сам никогда не буду и другу не дам погибнуть» – многие из членов этой группы считают употребление наркотиков признаком слабости и неполноценности.

3. Группа, не определившая отношения к наркотикам. Значительная ее часть может начать употребление под воздействием друзей.

В 16–18 лет группы сохраняются, но число неопределившихся значительно уменьшается. Качественно меняется содержание знаний о наркотиках – они детализируются и становятся более объективными. В группе «Употребляющих и сочувствующих» пожинают первые плоды, в связи с чем большой интерес вызывают криминальные последствия употребления и скорость развития процессов, влияющих на здоровье. Глобальной проблемой наркоманию считают немногие. Среди «Радикальных противников» растет число людей, осознающих необходимость активных действий, направленных на изменение ситуации.

Экспериментальные исследования показали, что в распространении наркомании среди несовершеннолетних большую роль игра-

ет любопытство. Ориентировочно-исследовательский рефлекс — «Что такое» глубоко заложен в природе человека. Одним из первых авторов, занимавшихся изучением потребности человека в новых ощущениях, был американский психолог М.Цукерман. Этот исследователь описал поведение, связанное с высокой склонностью к поиску впечатлений, и определил ее как потребность в новых впечатлениях и переживаниях и стремлении к физическому и социальному риску ради этих впечатлений. Для измерения этой потребности им был предложен специальный тест. Тест содержит следующие шкалы:

1. Поиск физического риска. Это интерес к спорту и другим видам деятельности, связанным с физической опасностью.
2. Поиск нового опыта, достигаемого через употребление наркотиков, бродяжничество и т.д.
3. Несоответствие поведения социальным нормам — употребление алкоголя, игра на деньги и т.д.
4. Чувствительность к скуке, стремление к новостям, знакомствам с новыми людьми, неприятие рутины, скучных занятий.

Исследования показали, что подростки с высокими показателями теста М.Цукермана стремились к экспериментированию с наркотическими веществами с целью повысить уровень возбуждения и получить разнообразные ощущения, которые в момент совершения рискованного поступка ассоциируются ими с чувством нарастающего напряжения, которое в последний момент сменяется разрядкой. Ряд отечественных исследователей считает, что во многих случаях отклоняющееся поведение подростков обусловлено действием механизма поиска впечатлений на фоне неразвитости у них сферы потребностей, искажением процесса социализации, и особенностей эмоциональной сферы — низкой стрессоустойчивостью, повышенной тревожностью, импульсивностью.

### *Алкогольная зависимость*

История употребления спиртных напитков уходит вглубь веков. Традиции употребления спиртного (или воздержания от него) усваиваются подрастающим поколением в процессе социализации так же, как другие знания об окружающем мире. Алкоголь является неотъемлемой частью жизни современного человека, использование которого способно привести не только к субъективно положительным переживаниям человека, но и к отрицательным последствиям — ухудшению здоровья, развития психической и физической зависимости и изменений личности. Вследствие подобного двоякого действия алкоголя на человека значимым становится вопрос о существовании грани между злоупотреблением алкоголем и алкоголизмом как болезнью.

В настоящее время выделяются следующие формы употребления спиртных напитков:

- Абстинент (не более чем 100 гр. вина два-три раза в год).
- Случайное употребление алкоголя (от одного раза в 2–3 месяца до 1–2 раз в месяц, обычно не более 50–150 г в пересчете на водку).
- Умеренное употребление алкоголя (1–4 раза в месяц от 100 до 300 г водки).
- Систематическое пьянство (200–400 г водки 1–2 раза в неделю).
- Привычное пьянство (300–500 г водки 2–3 раза в неделю и более), являющееся стадией предболезни.

Алкоголизм как заболевание вызывается систематическим употреблением спиртных напитков, характеризуется влечением к ним, приводит к психическим и физическим расстройствам и нарушает социальные отношения лица, страдающего этим заболеванием. M.Keller (1960) характеризует алкоголизм как заболевание, проявляющееся в приемах массивных доз алкоголя, наносящих ущерб здоровью пьющего, его социальному и экономическому функционированию. В ряде работ алкоголизм определяется как неконтролируемое поведение, сводящееся к потреблению спиртных напитков в количествах, наносящих вред пьющему или окружающим.

Основное клиническое проявление алкоголизма – *синдром зависимости*. Диагноз синдрома зависимости ставится, если определяется не менее трех из следующих симптомов:

1. Нарушение способности контролировать прием алкоголя и дозы.
2. «Абстинентный» (похмельный) синдром.
3. Изменение толерантности к алкоголю.
4. Смещение интересов в сторону употребления спиртного и продолжение его употребления, несмотря на вредные последствия для здоровья.

В отечественной наркологии принято выделять 3 стадии течения болезни.

Характеристики первой стадии болезни: появляется патологическое влечение к алкоголю, снижается контроль за количеством выпитого, растет толерантность к алкоголю, появляются частичные алкогольные амнезии (палимпсесы). Продолжительность болезни на той стадии – от года до шести лет. Средний возраст больных – от 18 до 35 лет.

На второй стадии болезни усугубляются признаки, характерные для первой стадии, появляется абстинентный синдром. Толерантность достигает максимума. Алкогольные амнезии (палимпсесты) становятся систематическими. Могут появляться запои. Начинаются проблемы в социальной сфере. Проявляются изменения личности: заостряются преморбидные характерологические особенности, возрастает лабильность эмоциональных проявлений. Изменения носят обратимый характер. Продолжительность стадии – около 10 лет. Средний возраст больных – 25–35 лет.

На третьей стадии болезни происходит снижение толерантности к алкоголю. Алкоголь становится смыслом существования и добыва-

ется любыми средствами. Изменяется картина опьянения – больные становятся раздражительными, придирчивыми, угрюмыми. Абстинентный синдром может сопровождаться эпилептическими припадками. Изменения личности принимают характер деградации. Этические нормы поведения снижаются, семейные привязанности ослабевают. Хроническое употребление алкоголя приводит к явлениям так называемой алкогольной энцефалопатии (органическому поражению головного мозга). Ухудшается память, внимание, происходят сдвиги в эмоциональной сфере: чувства проявляются ярко и бурно, усиливается аффективная окраска всех переживаний. Частыми осложнениями алкоголизма в развернутой стадии являются алкогольные психозы.

Долгое время было принято считать, что все без исключения больные алкоголизмом нравственно несовершенны, безвольны, страдают «дефектом воли». Психологические особенности больных прямо выводились из интоксикационно-органического поражения центральной нервной системы в результате пьянства.

В отдельных работах, посвященных личностным особенностям людей, склонных к заболеванию алкоголизмом чаще всего отмечались:

- пассивно-зависимые черты характера;
- созерцательность, неприспособленность;
- неуверенность в себе;
- чувство неполноценности;
- негативный опыт детства;
- импульсивность;
- дефензивность;
- низкая самооценка.

Ц.П.Короленко с соавторами выделяет следующие личностные особенности, способствующие развитию алкогольной зависимости:

- Сниженная переносимость затруднений (неспособность к длительному напряжению, субъективность оценки возникающих проблем, житейских трудностей, конфликтов, неспособность к длительному и спокойному ожиданию, «бегство от реальности»).
- Комплекс неполноценности, который часто прикрыт напускной бравадой и внешне выражаемой решительностью.
- Незрелость личности в целом (эгоцентризм, инфантильность, потребность в похвале, опеке, поддержке, эмоциональная неустойчивость).
- Относительная интеллектуальная недостаточность (касается уровня развития интеллектуальных запросов и чувств).

Особое место в развитии алкоголизма уделялось отрицательным психотравмирующим воздействиям – внезапному горю, тяжелым душевным переживаниям, неудовлетворенности своим положением. Однако в соответствии с современными данными роль психотравм в возникновении алкоголизма не считается принципиальной.

Согласно одной из распространенных точек зрения наиболее благоприятной почвой для возникновения алкоголизма являются т.н. личностные расстройства (психопатии) и акцентуации характера. Считается, что девиации, различные отклонения в развитии личности ведут к алкоголизму. Во многих исследованиях подчеркивается роль невротических расстройств и невротических развитий в формировании алкоголизма.

В первые десятилетия нашего века психопатологические факторы считались безусловно ведущими в развитии алкоголизма. 90% больных считались преморбидно неполноценными в нервно-психическом отношении. В середине века их количество снизилось до 50—60%. В настоящее время таких больных стало не более 20—25% от общего количества. Эта динамика объясняется изменением стереотипов массовой культуры. При доминировании антиалкогольной субкультуры жертвами алкоголизма становились, в основном, аномальные личности. В настоящее время в систематическое пьянство вовлекается все больше и больше здоровых людей.

Многие исследователи выражают сомнение в возможности выделить тот или иной тип личности алкоголика. Алкоголь — в зависимости от индивидуальности пьющего может выполнять самые разные функции.

С точки зрения психоаналитиков, влечение к алкоголю, так же, как и другие патологичсские влечения, является возвратом к детским сексуальным переживаниям. Раздражение алкоголем слизистой рта вызывает ощущения, сходные с наслаждением, испытываемым ребенком на оральной стадии развития сексуальности. Влечение к алкоголю возникает как средство ухода от реальности, защиты собственного «Я» от окружающего мира. Большую роль в его возникновении играет нарушение отношений с родителями в раннем возрасте, особенно отвержение со стороны матери. Алкоголик испытывает бессознательное или в какой-то мере осознаваемое томление по физической теплоте, по приятным кожным ощущениям, по чувству легкости и теплоты в желудке, и все это вместе сливается с потребностью в безопасности, уверенности, самоуважению.

Потребность в зависимости и ее фрустрация — излюбленная тема психоаналитиков, занимающихся проблемами алкоголизма. Они утверждают, что алкоголизм защищает от депрессии, возникшей из-за длительной фрустрации потребности в зависимости. Первичную предрасположенность к алкоголизму составляет переживание неудовлетворенности этой потребности в раннем детстве.

В рамках психоанализа выделяют несколько концепций. В соответствии со взглядами Brill алкоголизм — это бегство от тревожащих гомосексуальных импульсов. Meninger главное внимание уделял саморазрушительным побуждениям у больных алкоголизмом, обозначив это заболевание как хронический суицид. Tiebo полагал, что при алкоголизме имеет место бессознательная потребность в доминировании, сочетающаяся с чувством изоляции и одиночества. Обобщил многочисленные точки зрения своих коллег Knight: причина алкого-

лизма во всех случаях – фрустрация каких-то значимых потребностей человека. Алкоголь способствует примирению субъекта с неизбежностью этих фрустраций. Chafets выделил два типа больных алкоголизмом: реактивные (или невротичные) и аддиктивные (или страдающие пристрастием к алкоголю). У реактивных пациентов относительно нормальная преморбидная структура личности. Алкоголь используется для того, чтобы справиться со стрессовыми состояниями, возникшими из-за внешних поводов. Они хорошо адаптированы в семье, в сфере обучения, в профессиональной деятельности, умеют ставить цели и достигать их. Только длительный стресс может привести их к алкоголизму. Их проблемы рассматриваются как невротические. Аддиктивные больные на протяжении всей жизни демонстрировали нарушения адаптации и личностные расстройства. Главная их особенность – неспособность адаптироваться к социальным требованиям. По мнению Chafets, потребность в обращении к алкоголю заложена в самой личности таких больных. Их поведение рассматривается как саморазрушительное. Причина появления аддиктивных больных – оральная фиксация либидо, депривация в эмоциональных отношениях в раннем возрасте; отсюда – аффективные нарушения, в первую очередь, депрессия.

Представители психоаналитического направления уделяют большое внимание механизмам психологической защиты, признавая в качестве ее ведущего механизма феномен отрицания. Это неприятие себя и собственной реальной жизни как в преморбидный период, так и во время алкоголизации. Негативные стороны своей жизни, в частности, злоупотребление алкоголем игнорируются.

Психоаналитические концепции алкоголизма критикуются за отрыв от клинической реальности и низкую эффективность. В основе рассуждений представителей этого направления – не эмпирически полученные факты, а теоретические конструкции. Эти теоретические построения трудно как доказать, так и опровергнуть. Вместе с тем исследование традиционных для психоанализа феноменов представляет интерес для оказания помощи наркологическим больным. Бессознательные, глубоко индивидуализированные переживания больных необходимо учитывать при описании их личностных особенностей на всех этапах течения болезни. Эти моменты необходимо учитывать в построении программ психологической помощи больным.

Бихевиористы отказались от анализа интрапсихических механизмов развития личности и положили в основу своих рассуждений факты, которые можно наблюдать, измерять и оценивать. Алкогольное поведение, как и всякое другое, является усвоенным, то есть подчиняющееся закономерностям процесса научения. Злоупотребление алкоголем, с позиции бихевиоризма имеет следующие значения:

- Эффективное седативное средство, благодаря приему которого человек, переживающий неприятную ситуацию, может снизить интенсивность психологической реакции на нее. Дости-

жение тяжелых форм опьянения приносит надежду добиться полного, хотя и временного, спасения от психотравмирующей ситуации.

- Возможность отказаться или уклониться от участия во многих ситуациях, которые по каким-либо причинам неприятны для субъекта, используя для этого возникающую у него вследствие злоупотребления алкоголем физическую слабость.
- Злоупотребление алкоголем – это социально приемлемая форма неадекватного поведения, например, неуместный флирт, агрессия.
- Единственно доступный для личности способ привлечь к себе внимание окружающих или получить поддержку в форме участия, медицинской помощи, денежного кредита и т.д.

Алкоголизм в понимании бихевиористов возникает в результате многократных подкреплений, получаемых человеком при употреблении алкоголя. Алкоголь используется, в первую очередь, в качестве средства избегания стресса (действующего или потенциального). Специалисты, придерживающиеся бихевиорального направления, стремятся установить явные или скрытые функции алкоголя, определить – каким образом и в каких ситуациях алкоголь действует на человека в русле изменения его психического состояния. Целью лечения является достижение больным способности к так называемому контролируемому потреблению алкоголя. Разработки бихевиористов имеют большое значение для разработки новых психокоррекционных методов.

Э.Берн, создатель теории трансактного анализа, разработал понятие «психологическая игра». Алкогольное поведение, на его взгляд, тоже является не чем иным, как своего рода психологической игрой. Употребление спиртного позволяет человеку манипулировать чувствами и действиями окружающих. При этом употребление спиртного важно не само по себе, а как процесс, ведущий к состоянию похмелья. В этом состоянии больной получает внимание окружающих. Добиться этого внимания другими, более адекватными способами, алкоголик не может из-за низкой самооценки, страха перед психологически интимными, доверительными отношениями.

В игре, называемой «Алкоголик», Э.Берн выделяет 5 ролей. Центральная роль – у самого Алкоголика. Наиболее важный партнер алкоголика – Преследователь (как правило, это представитель противоположного пола, чаще всего супруга Алкоголика). Третья роль – Спасителя. Часто это врач, который принимает участие в делах пациента. Четвертая роль – Простак. Считается, что эта роль принадлежит хозяину закусочной или любому другому человеку, который дает алкоголику спиртное в кредит или предлагает ему деньги в долг. В жизни эту роль часто с успехом играет мать Алкоголика, которая часто выручает его деньгами и сочувствует ему. Иногда роль Простака превращается в роль Подстрекателя, Славного Малого, который предлагает алкоголику выпить, даже если тот не просит этого. Пятая

роль в игре принадлежит Посреднику. Это бармен или буфетчик. Это профессионал, который в отличие от других игроков знает, когда нужно остановиться. В какой-то момент времени он может отказаться обслуживать Алкоголика.

Цель Алкоголика, с позиции трансактного анализа, не столько получить удовольствие от употребления спиртного, сколько в том, чтобы создать ситуацию, в которой неосознанно выбранную им и закрепленную в процессе социализации психологическую позиции Ребенка, будет «на все лады распекать» и свой внутренний Родитель, и любая родительская фигура из непосредственного окружения. Считается, что терапию в таких случаях надо направлять не на привычку выпивать, а на устранение стремления алкоголика потакать своим слабостям и заниматься самобичеванием. Важно помнить, что психологическое исцеление алкоголика может быть достигнуто только бесповоротным выходом из игры, а не сменой ролей. По мнению Э.Берна и его последователей, критерием исцеления от игры является такая ситуация, когда бывший алкоголик может выпить в обществе без всякого риска для себя.

В игру «Алкоголик» играют всерьез. Больной будет провоцировать подключиться к игре и своего психотерапевта. Поэтому врачу следует приложить все усилия для того, чтобы не играть в процессе лечения Алкоголика никаких ролей. После тщательной психологической работы рекомендуется занять позицию Взрослого и заключить договор с пациентом. В случае нарушения условий договора пациента стоит направить к спасателям. Во всем мире существует множество организаций, работающих с алкоголиками и принимающих участие в игре «Алкоголик». Помимо классического варианта игры «алкоголик», описанной Э.Берном, выделено еще несколько разновидностей игр, которыми пользуются больные алкоголизмом:

- Игра в «гориллу», или запугивание и шантаж окружающих возможностью рецидива.
- Игра в «вечного клоуна» или «шутника», у которого нет проблем.
- Разыгрывание сумасшедшего, сопровождающееся бравированием и демонстрацией психопатологических расстройств.
- Проецирование на себя образа крайне хрупкого, слабого, ранимого, зависимого человека.
- Разыгрывание роли образцового пациента с атрибуцией ответственности за свое излечение врачу или, наоборот, оспаривание всех правил с целью уклониться от лечения.
- Разыгрывание роли помощника врача по отношению к другим больным с целью избежать отношения к себе как к обычному пациенту.
- Поглощенность спортом, музыкой, просмотром телепередач и тому подобные занятия, с помощью которых демонстрируются свои, отличные от общих, цели пребывания в больнице.

Феномен влечения к алкоголю изучается в клинической наркологии, физиологии, биохимии, фармакологии. Понятие «влечение»

определяется в психологии как глубинный уровень мотивации, выступающий в роли первичных побуждений, еще не опосредствованных сознательным целеполаганием, как начальный этап мотивационного процесса, характеризующийся недостаточной осознанностью и предметностью. В период актуализации влечения связанные с ними потребности становятся доминирующими. Удовлетворение влечения сопровождается разрядкой нервно-психического напряжения и создает предпосылки для актуализации других потребностей. Для возникновения влечения требуется несколько условий:

- Напряженность потребности, лежащей в основе влечения и субъективно переживаемая как сильная нужда, дефицит, фрустрация.
- Второе условие определяется свойствами субъекта, с помощью которого данная потребность может быть опредмечена. Предполагаемый объект потребности должен обладать богатством возможностей в плане удовлетворения переживаемой нужды.
- Третье условие для возникновения влечения — отсутствие у субъекта средств реализации потребности. Это могут быть объективные причины, когда, например, предмет недостижим для субъекта, или субъективные причины, когда индивидуально-личностные особенности субъекта не позволяют ему добиваться своих целей.

Если имеются эти три условия, субъект переживает влечение. Влечение может быть нормальным либо патологическим. Если влечение направлено на предмет, который по модальности адекватен лежащей в основе влечения потребности, то данное влечение считают нормальным. Основным признаком *патологического влечения* является несовпадение предмета потребности, лежащей в основе влечения, с предметом самого влечения, который выступает в роли мотива поведения. Выделяют два типа патологических влечений: 1) нарушение нормальных потребностей человека (пищевой, сексуальной и т.д.) в форме снижения, усиления или извращения; 2) патологические влечения, не имеющие аналогов в норме. Ко второму типу влечений относится патологическое влечение к алкоголю.

Обращение к алкоголю выступает в роли деятельности, направленной на патологическое переопредмечивание потребностей. При этом значение влечения к алкоголю радикально меняется в зависимости от того, какие потребности удовлетворяются (точнее говоря, якобы удовлетворяются) благодаря воздействию алкоголя.

Немчин и Цыцарев выделили ряд мотивов, ведущих к злоупотреблению алкоголем. По их данным, обращение к алкоголю может выступать как:

- Средство редукции напряжения.
- Средство изменения эмоционального состояния.
- Средство получения удовольствия.
- Средство повышения самооценки и самоуважения.
- Средство компенсации.
- Средство общения и коммуникации.

- Результат научения или подражания, средство поддержания принятого ритуала.
- Средство межличностной защиты-манипуляции.

В соответствии с перечисленными выше мотивами различаются личностные особенности больных.

Естественной биологической потребности в алкоголе у человека нет. Склонность злоупотреблять спиртным кроется в тех желаниях и потребностях, которые человек пытается удовлетворить с его помощью. Б.С.Братусь, исследуя феномен влечения к алкоголю, разработал концепцию иллюзорно-компенсаторной деятельности при алкоголизме. С данной позиции, здоровый человек удовлетворяет свои потребности в ходе той или иной деятельности. Например, потребность в высокой самооценке достигается вполне реальными достижениями в предметном мире. Человек ставит какие-то цели, достигает их, и таким образом имеет основания уважать себя. Больной алкоголизмом достигает желаемого состояния в ходе иллюзорно-компенсаторной деятельности. В состоянии опьянения алкоголик испытывает эмоциональное состояние, которое не может достичь иными средствами. Робкий человек чувствует себя уверенным, склонный к мрачному настроению смотрит на мир веселее, тревожный – успокаивается. Состояние алкогольного опьянения дает иллюзию удовлетворения насущных потребностей человека. Понятно, что реальные проблемы от этого не решаются, человек теряет возможность строить свою жизнь конструктивно.

Обязательным условием протекания алкогольной иллюзорно-компенсаторной деятельности Б.С.Братусь считает наличие алкогольной компании. «Каждая пьющая компания по сути есть алкогольный театр со своим набором исполнителей и ролей». Трезвые люди из такой среды вытесняются, так как слишком наглядно напоминают о существовании реального предметного мира. Рассматривая изменения личности при алкоголизме, Б.С.Братусь выделяет нарушения индивидуально-исполнительского и личностно-смыслового уровней.

## *Табакокурение (никотинизм)*

Курение табака остается до настоящего времени широко распространенным явлением в России. Несмотря на запретительные меры, которые лежат в основе борьбы с курением табака, в России курят 60% мужчин и 25% женщин (Павлов В.А., Головаха Е.Г., 1995; Prokhorov A.V., 1997). Отмечается неуклонный рост систематического курения табака среди детей, подростков в возрасте от 9 до 12 лет (Луйга Э., Тур И. и др., 1995; Скворцова Е.С., Кутина Л.С. и др., 1995).

Если распространенность курения табака среди населения обусловлена психостимулирующими и седативными свойствами нико-

тина, то одной из причин невозможности самостоятельного прекращения курения табака является табачная (никотиновая) зависимость, которая широко распространена среди лиц, систематически курящих табак.

В перечне Международной классификации болезней 10 пересмотра (1994) курение табака зафиксировано в разделе F 10–19 – «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ» в рубрике F 17 – «Психические и поведенческие расстройства в результате употребления табака», под кодом F1x.2 – «Синдром зависимости».

Табачная зависимость, по данным отечественных и зарубежных исследователей (Sershen H., 1985; Ovide F., 1988) наблюдается в 25–90% случаев среди лиц, систематически курящих табак. Существованием табачной зависимости как клинической формы патологии объясняется малая эффективность прекращения курения табака среди населения (Sershen H., 1985; Nordberg A., 1986; Srechsson T.H., 1986). Другие исследователи изучали курение табака с позиции его развития, описывая стадии табакокурения.

Так, на первой стадии (Пономарева Н.А., 1960), начальной стадии (бытовое курение) (Филатов А.Г., Андрух Г.П., 1977), в начальной форме (Качаев А.К. и др., 1982) преклинической стадии (Морозову Г.В. и др., 1982) отмечались психологическая потребность к курению и отсутствие абстиненции. Курение табака сопровождалось незначительной вегетативно-сосудистой симптоматикой. На этой стадии курение было нерегулярным, в среднем до 5 сигарет. Длительность первой стадии колебалась от одного года до пяти лет.

Вторая стадия, по данным этих же исследователей, характеризовалась повышением толерантности к табаку. Количество выкуриваемых табачных изделий за день возрастало до 20 штук. На этой стадии возникала «отчасти физическая зависимость» (Андрух Г.П., 1977). Абстиненция была выражена умеренно, появлялась психосоматическая патология. Выраженная тяга к курению табака сочеталась с раздражительностью, снижением физической и умственной деятельности, нарушением сна. Появлялись головные боли и головокружения, возникали диспепсические расстройства (Морозов Г.В., Ромасенко В.А., 1982). Интенсивность абстиненции зависела от длительности курения, количества выкуриваемых сигарет и индивидуальных особенностей курящих (Морозов Г.В., Стрельчук И.В., 1983). Вторая стадия длилась 15–20 лет (Пономарева Н.А., 1965), а по данным И.В.Стрельчука – до 40 лет.

Появление никотинового синдрома исследователи относили к третьей стадии, которая характеризовалась высокой толерантностью, появлением непреодолимого влечения к курению табака и тяжелым абстинентным синдромом. Возникала физическая зависимость к курению. На этой стадии наблюдалась астено-невротическая симптоматика. Количество выкуриваемых сигарет достигало 30–50 штук в день.

Н.А.Пономарева (1965), Г.В.Морозов и И.В.Стрельчук (1983) отмечали на этой стадии сочетание выраженной тяги к курению табака с уменьшением количества потребляемых табачных изделий.

Более сложные клинические закономерности развития табачной зависимости были раскрыты в работах В.К.Смирнова (1985, 1988). Курение табака рассматривалось автором в качестве модели для исследования патологической зависимости как биосоциального явления. С клинических позиций была проведена дифференцированная диагностика между привычкой к курению и табачной зависимостью. Были показаны сложные взаимоотношения между социальной средой и формированием курения табака, в которой биологическим факторам (преморбид, реактивность) отводилось ведущее место в становлении клиники табачной зависимости. Исследователем были выделены и описаны формы табачной зависимости – диссоциированная, психосоматическая, идеаторная; типы течения – постоянный и периодический.

Была изучена внутренняя структура синдрома патологического влечения к курению табака, описан синдром отмены. Дальнейшие исследования (Смирнов В.К., Соколова Т.Н., 1991) показали, что особенности клиники и психопатологии табачной зависимости, ее становления и формирования, обратной клинической динамики под влиянием терапии, состояния ремиссий и рецидивов курения в своей совокупности свидетельствовало о том, что табачная зависимость является хронически текущим психопатологическим процессом, протекающим на субклиническом уровне, который на высоте своего развития приобретает черты сверхценности, определяющие поведение больных, направленное на поиск табака и его курение.

Влияние никотина на нервную систему характеризуется слабовыраженным возбуждением, а затем депрессией. Наряду с биохимическими и гормональными изменениями, при курении табака наблюдались психофизиологические и психофармакологические отклонения. Они возникали как при проведении эксперимента, так и в популяции курящих лиц (Domino E.F., 1983; Henningfijd J. et al., 1983; Knoff V.J., 1988). У курящих лиц никотин вызывал смягчение реакции на психологический стресс. Одновременно после выкуривания сигареты наблюдалось уменьшение тревоги и болезненных ощущений регулирующем влиянии курения табака на акт тормозного контроля у интравертов (по тесту Айзенка) и его активирующем действии на моторные процессы у экстравертов говорили K.O'Connor (1983), M.Lyvers, G.Boyd et al. (1987).

В исследованиях с курящими и некурящими лицами S.Heishman (1998) получены свидетельства о том, что никотин вызывает истинное повышение некоторых показателей внимания и когнитивной функции. Однако нет свидетельств о повышении эмоциональности, избирательного внимания и других когнитивных способностей.

S.Brett (1982) пришел к заключению о том, что седативное действие, приписываемое курению сигарет, было обусловлено действием никотина на возникающие симптомы абстиненции у курильщиков с

никотиновой зависимостью, а не седативным воздействием самого курения.

J.R.Hughes, D.Hatsukami (1986) пришли к выводу, что никотиновая абстиненция вызывает выраженные психические нарушения и степень ее выраженности связана с толерантностью к никотину.

Табачная зависимость, будучи психопатологическим образованием, часто сосуществует с другими психическими расстройствами. По данным В.К.Смирнова (1993) психиатрическим аспектом проблемы табачной зависимости является наличие у 70% больных гетерогенной психопатологической симптоматики, составляющей основу параллельно текущего второго эндогенного процесса. Он обнаруживает себя в появлении новой доминанты, формирующей необходимость остановки курения табака. Клинический психопатологический анализ мотивов прекращения курения табака показал их неоднородность и многообразие. В основе мотива прекращения курения табака у подавляющей части изученных больных находятся сформированные клинические синдромы, не относящиеся к клинической картине табачной зависимости. Описан синдром тревожной ипохондричности, тревожно-фобический симптомокоплекс, деперсонализационный синдром, тревожно-депрессивный синдром, смешанный аффективный синдром при табачной зависимости.

Другие исследователи отмечают корреляцию между клиникой табачной зависимости и клиникой основных психических заболеваний. Так, В.Д.Менделевич и А.Т.Кулагин (1991) на основании обследования больных шизофренией и эпилепсией, курящих табак, описали структуру никотинизма и проанализировали мотивы курения табака. Авторами была обнаружена связь между увеличением интенсивности курения и нарастанием тревоги, а также усилением симптомов нейролептического синдрома, в частности акатизии.

K.C.Murphy et al. (1996), J.De Leon (1996) описывают высокую распространенность курения табака среди психически больных. По самонаблюдениям больных, курение табака уменьшает агрессивные тенденции, тревогу, ослабляет седативный эффект психотропных препаратов. Так, психически больным мужчинам и женщинам курящим табак, хлорпромазин или комбинацию нейролептиков для достижения терапевтического эффекта приходится назначать на 30–50% больше, чем некурящим, что отрицательно сказывается на общем состоянии организма (Luczynska C., 1983; Vinarova E. et al., 1984). Повышенная терапевтическая резистентность, по мнению авторов, связана с увеличением ферментативной активности и ускоренным метаболизмом лекарств, обусловленных курением табака. Фармакологические исследования P.F.D'Arey (1984) также свидетельствует об участии курения табака в метаболизме большого числа лекарственных средств путем повышения клиренса, что в свою очередь снижает эффективность действия лекарственных препаратов.

J.De Leon, M.Dadvand с соавт. (1995) отмечают, что более 80% больных шизофренией курят или вследствие самого заболевания или терапии нейролептиками. По мнению авторов, заболевание ши-

зофренией повышает риск табакокурения, но и значительно увеличивает интенсивность курения табака.

S.Polgar с соавт. (1996) подчеркивают, что распространенность курения табака среди психически больных составляет 80%, в то время как в общей популяции – только 28%. Прекращение курения табака у больных с психическими расстройствами может сопровождаться усилением симптоматики их основных психических расстройств, так как синдром лишения никотина включает бессонницу, тревожность, депрессию, раздражительность. По данным А.М.Рапопорта, Д.М.Лахмана (1983), прекращение курения табака у психически больных протекало наиболее тяжело, по сравнению с лицами без психических расстройств. Остро возникала бессонница или сонливости днем, головные боли, головокружения, двигательное возбуждение, мучительное стремление закурить, выраженная раздражительность, депрессия, расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта.

При хроническом алкоголизме распространенность курения табака почти в 2 раза выше, чем у практически здоровых лиц (Мархоцкий Я.Л., Максимчук В.П., 1986). По данным авторов, хронический никотинизм формируется при хроническом алкоголизме в более раннем возрасте, у них выше интенсивность курения. По мнению O.Gorbounova et al. (1997) высокая распространенность курения табака при алкоголизме может быть обусловлена участием никотинхолинергической системы в патогенезе этаноловой зависимости.

Для исследования связи психических расстройств и особенностей личности с курением сигарет W.R.Yates et al. (1997) провели структурный опрос по критериям DSM-III-R. *Никотиновая зависимость ассоциировалась с повышенным риском аффективных расстройств, личностными нарушениями, наркотической зависимостью.*

G.Escobedo Luis и соавт. (1996) выявили связь между депрессией и началом курения. Было обнаружено, что угнетенное настроение, депрессия в анамнезе являлись фоном, на котором возникало курение в детском, подростковом периоде и в юности. S.Carton, R.Jouvent et al. (1992) провели многопрофильное исследование связей между эмоциями и курением при депрессии. Они выявили корреляции между степенью зависимости и интенсивностью курения с избеганием отрицательных эффектов, включая страх и раздражительность у женщин, увеличение курения, связанного с отрицательными эмоциями печали, гнева и отвращения, курением при склонности к огорчениям, к депрессии и тревожного состояния у женщин, у мужчин была выяснена связь курения с повышением уровня двигательной и умственной активности. Положительная связь между депрессией и интенсивностью курения отмечалась в работах C.S.Aneshensel et al. (1983), J.R.Hughes et al. (1986).

В то же время, антидепрессивное лечение оказывало лишь минимальное воздействие на ежедневное употребление никотина (Worthington J.et al., 1996). Для выяснения отношения депрессии к успеху/неудаче курса лечения по прекращению курения L.J.Rausch,

B.Nichinson, C.Lamke, J.Matloff (1990), с помощью опросника POMS обследовали эмоциональное состояние курильщиков, решивших бросить курить. Выявленный уровень депрессии у испытуемых, которые оказались не в состоянии бросить курить, был значительно выше, чем у тех, кто прекратил курение табака. Наличие стимулирующего и седативного эффектов от курения табака отмечалось K.Behncke et al. (1981), указывая на положительную роль курения для поддержания общительности и быстрого успокоения при психогенных расстройствах. Таким образом, существование аффективных расстройств у лиц, курящих табак, подчеркивается в подавляющем большинстве исследований. Известно также, что в клинике табачной зависимости, аффективные расстройства широко представлены в структуре синдрома отмены, когда больной полностью прекращает курение табака.

В руководстве «Клиническая психиатрия из синопсиса по психиатрии» (1994) даются следующие диагностические критерии никотинового абстинентного синдрома. При резком прекращении потребления никотина через 24 часа появляются основные признаки абстинентного синдрома: страстное желание закурить; раздражительность, фрустрация или злобность; тревожность; рассредоточенность внимания; беспокойство; понижение скорости сердечных сокращений; повышение аппетита и прибавка массы тела.

Согласно «анкете жалоб», разработанной американскими исследователями (Shnaider N.G. et al., 1984) пациенты отмечали у себя после прекращения курения появление раздражительности, враждебности, тревоги, депрессии, фрустрации, беспокойства, нарушение сна, колебание настроения, влечение к курению. Указанные симптомы отражают в своей совокупности синдром отмены или лишения L.G.Grossboni (1984). К ним относятся: непреодолимое желание курения, раздражительность, лихорадка, напряжение, бессонница, избыточный вес тела, нарушение концентрации внимания, функции ЖКТ, сонливость, снижение работоспособности, замедление ЭЭГ, брадикардия, гипотензия, головная боль. C.D.Stumfe (1984) констатировал при обратном развитии синдрома исчезновение таких симптомов, как раздражительность, агрессивность у 46,3% исследованных в первый день отказа от курения табака, на второй день 41,5%, на третий – 34,7%, на четвертый – у 28,2%.Синдром «лишения» является основным препятствием к полному прекращению курения табака. При анализе исследований установлена существенная закономерность – отрицательная динамика конечных результатов лечения. Она проявляется в виде прогрессирующего увеличения числа курящих лиц при значительном уменьшении сроков ремиссии после окончания лечения.

C.Pomerleau с соавторами (1996) предложили тест прогнозирования депрессии в качестве симптома лишения (при прекращении) курения. Применение шкалы депрессии (CbS-D) не обнаружило выраженной симптоматики подверженности курильщиков депрессии после прекращения курения. Более выражены депрессивные проявле-

ния у женщин. Синдром «лишения» или «отмены» включает возникновение после прекращения курения табака стремления к повторному курению, раздражительность, трудность концентрации внимания, расслабленность, головную боль, головокружение, желудочные расстройства. Указанные нарушения возникают в течение двух часов после последней выкуренной сигареты.

О более тяжелых симптомах лишения никотина сообщали лица, отмечавшие в анамнезе депрессию и тревожность (Breslau N., Kibey M., Andresky M.P., 1992).

В развернутом виде синдром патологического влечения к курению табака представляет собой четко очерченный психопатологический симптомокомплекс, включающий идеаторный, вегетативно-сосудистый и психический компоненты (Смирнов В.К., 1988). Психический компонент синдрома патологического влечения выражается невротическими расстройствами в виде астенических и аффективных нарушений. При прекращении курения возникают, в разной степени выраженности, психогенные астенические реакции с преходящей утомляемостью, истощаемостью, неусидчивостью, раздражительной слабостью, расстройствами сна, аппетита, снижением работоспособности и самочувствия. Аффективные нарушения преходящи, неглубоки, носят характер стертой астенической или тревожной субдепрессии. В период прекращения курения табака нередко жаловались на подавленность, слабость, слезливость, раздражительность, тревогу, беспокойство. У некоторых больных настроение приобретало дистимический оттенок с гневливостью и недовольством. Закуривание в течение 1–3 мин. дезактуализировало все компоненты патологического влечения (Смирнов В.К., Соколова Т.Н. и др., 1991).

Большинство авторов отрицает специфическую для курильщиков структуру личности, другие отмечают, что заядлые курильщики раздражительны, вспыльчивы, нетерпимы, ранимы, склонны к реакциям подавленности. *Курящие чаще и в больших количествах употребляют чай, кофе, стимуляторы* (Шпиленя Л.С., 1979). Курение в стрессовой ситуации по данным В.В.Гафарова, И.В.Гагулина (1988), D.Gilbert (1980), положительно коррелировало с интраверсией курящего лица, но не с экстраверсией. Лица, курящие табак, по данным D.Gilbert (1980), отличаются от некурящих психологически тем, что первые чаще разводятся или покидают семью, являются более импульсивными, менее образованными, экстравертироваными, враждебными и более склонными к употреблению алкоголя.

Некоторые исследователи рассматривают участие в механизмах становления курения табака биологических факторов, в том числе наследственности (Murray M., Kiryluk S., Swan A.V., 1985; Ермолова О.И., 1993).

Т.В.Шемякина, А.И.Жуков и др. (1990), S.S.Brook et al. (1984), T.Higenbottam et al. (1984), C.C.Seltzer et al. (1985) указывали на возможную предрасположенность личности к курению табака. Курящие лица хуже контролировали свои импульсы, у них было слабо развито чувство ответственности и независимости, для них был бо-

лее высок уровень конфликтных отношений с окружающими. В.Спасова, С.Тотчева (1986) отмечали, что у курильщиков были более выраженные невротические расстройства и экстравертированность, был снижен интрапсихический контроль. У курильщиков преобладали такие личностные особенности как гневливость, беспокойство во время сна; курящие подростки имели более низкий социоэкономический статус, хуже выполняли некоторые психологические тесты. C.C.Seltzer et al. (1985) в своей работе подчеркивали, что продолжение курения зависело в большей степени от индивидуальных особенностей курящего, а не от социальных факторов.

Вопросы существования преморбидных особенностей, способствующих возникновению синдрома патологического влечения к курению, изучаются в отечественных исследованиях (Смирнов В.К., 1987). В литературе наибольшее число исследований приходится на изучение мотивов начала курения табака (Friedman L., 1985; Cooreman J., Nenkirch F., Perdrizet S., 1987; Ермолова О.И., 1993), продолжения курения (West R.J., Russell M., 1985; McNeill A., 1986; Livson N., Leino V., 1987) и в меньшей степени – на изучение мотивов прекращения курения. При этом Л.С.Шпиленя (1979) выделил шесть главных психологических факторов в мотивах начала курения: ощущение стимуляции, прилива сил при закуривании; ощущение расслабления после стрессовых ситуаций; для налаживания межличностных контактов; курение «за компанию», если кто-то курит рядом; уменьшение раздражительности и вспыльчивости; *наркоманическая зависимость, т.е. курение для снятия абстинентных симптомов*. Большую вероятность продолжения курения обусловливают скорее положительным влиянием на повышенное настроение и бессонницу, чем на облегчение дискомфорта от лишения (Berslau N. et al., 1992).

Курение табака представляет собой сложный процесс, на который оказывают влияние такие факторы, как экономические, социальные, психологические, генетические и фармакологические (Смирнов В.К., 1987; Jaffe J. et al., 1986; Stumfe K.D., 1987). Ведущее место в данном процессе отводится никотиновой зависимости, возникающей из-за психотропного и других фармакологических эффектов никотина (Stumfe K.D., 1987; Henningfield J.F., 1988; Murray J.B., 1991). Возникновение зависимости резко снижает эффективность медицинской помощи. В значительной степени это вызвано существованием резистентности к терапии синдрома патологического влечения к курению табака и наличием гетерогенной психопатологической симптоматики, сопровождающей основные синдромы зависимости (Смирнов В.К. и др., 1991). Таким образом, решение проблемы табакокурения должно осуществляться комплексно с использованием системного подхода.

Наши (А.Р.Гарницкая) клинико-психопатологические и экспериментально-психологические исследования 180 лиц с табачной (никотиновой) зависимостью показали следующие результаты. По данным психологических обследований личность зависимого от та-

бака с возбудимыми (эпилептоидными) чертами характера отличает мотивация, направленная на достижение успеха. Их поведение мотивировано внутренней убежденностью и собственными взглядами на имеющиеся проблемы. У этих людей отмечается выраженность эмоциональных проявлений, сильные эмоции легко меняются на противоположные по знаку. Легко возникает чувство враждебности и обиды по отношению к противодействующему окружению, стремление не уступать своих позиций, отстоять справедливость и право на самостоятельность в принятии решений. Неудовлетворенность собой и другими в серьезных делах контролируется, в мелочах может проявиться раздражительностью, требовательностью. Стиль межличностного поведения у эпилептоидных личностей таков, что высказывания и поступки могут опережать их продуманность. Кроме того, их отличает неконформность, избирательность в контактах. Это осторожные люди, оказывающие пассивное сопротивление в отношении непроверенных новшеств. Самыми яркими чертами характера этих людей являются аккуратность, обидчивость, соревновательность, упрямство, вспыльчивость, обидчивость. В дополнение к этому приверженность традициям, отсутствие непосредственности в поведении и высказываниях. При эмоциональном перенапряжении возникают реакции с импульсивными высказываниями и поступками, протестным поведением, нарушением нормальных, общепринятых форм взаимодействия, может развиться депрессивное состояние, ухудшиться самочувствие.

Психастенические характерологические особенности отмечались в 42,2% случаев. Для личностей данного типа было характерно избегание неудачи, склонность к грусти, к глубоким переживаниям по поводу неудач, чувствительность к воздействиям окружающей среды, сдержанность эмоциональных проявлений. Отмечается тенденция к застреванию на мелочах и повторной перепроверке сделанного, чтобы избежать ошибки. Для данной группы больных были свойственны: впечатлительность, чуткость, глубина переживаний, неудовлетворенность собой, вдумчивость. Они отличались неуверенностью в себе, склонностью к повышенному чувству вины; неустойчивой, заниженной самооценкой, умением сопереживать другим, повышенной впечатлительностью, чувствительностью к средовым воздействиям. Для этих личностей была характерна застенчивость и щепетильность в вопросах морали и нравственности, малообщительность, конформность установок. Они пытались скрыть особенности своего характера и наличие проблем.

Истерические черты характера были отмечены в 38,9% случаев. Для личностей данного типа характерна неустойчивая эмоциональная сфера, впечатлительность, восторженность, яркость проявления чувств, умение подражать, богатство мимики и интонаций. Стиль межличностного поведения выражался в гибкости в построении отношений с людьми, тенденции придавать большое значение своей социальной позиции, вопросам престижа. Им было свойственно умение легко вживаться в разные социальные роли, тенденция к

подчеркиванию своей самоотверженности, бескорыстности по отношению к людям. Лица с истерическими чертами характера в стрессовой ситуации стремятся находить причину неудачи в обстоятельствах и неправильных действиях других людей, относят свои неудачи за счет внешних обстоятельств. Такие больные стремились реализоваться как личность. Они отличались честолюбием, артистичностью, тщеславием, повышенной эмоциональностью, демонстративностью.

Шизоидные черты характера наблюдалась в 37,1% случаев. Поведение личностей данного типа мотивировано внутренней убежденностью и собственными взглядами на имеющиеся проблемы. Им свойственна недостаточная теплота эмоций, преобладание рассудка над чувствами. Они склонны к грусти, к глубоким переживаниям по поводу неудач, чувствительны к воздействиям окружающей среды. Им была свойственна: неконформность, избирательность в контактах, недостаточная коммуникабельность.

Паранойяльные черты характера отмечены у 40% исследованных лиц. Им были свойственны обидчивость, соревновательность, упрямство, подозрительность, охваченность тем, что представляется самым важным делом в жизни, умение увлечь других своими идеями. Они принципиальны, стремятся быть лидером, болезненно относятся к критическим замечаниям, такие лица обладают повышенным чувством справедливости, упрямством, памятливостью на обиды.

Фазовые колебания настроения диагностировались у 27,6% пациентов.

На момент исследования средняя длительность систематического курения табака в основной группе составила 25,5±1,8 лет. В контрольной группе – 15±3,2 лет. Средняя интенсивность курения в основной группе определялась 21,7±1,9 сигаретами в сутки, в контрольной группе – 17,4±2,8 сигаретами в сутки. Таким образом, в основной группе лиц интенсивность и длительность систематического курения, по сравнению с контрольной группой, была большей.

Первые пробы курения в основной группе у 96 человек (80%) были отмечены в курящей компании. На фоне сниженного настроения первая проба наблюдалась у 9 чел. (7,5%) в возрасте от 6 до 25 лет. На фоне гипертимии, в рамках фазовых колебаний настроения первая проба курения отмечена у 14 человек (11,7%) в возрасте от 12 до 30 лет. Возрастание интенсивности курения в основной группе изученных больных у 72,5% происходило на сниженном эмоциональном фоне вследствие психотравмирующих ситуаций, у 30% пациентов на фоне алкогольной эйфории, на ровном эмоциональном фоне (в курящей компании) – у 12,5%. Максимальная толерантность курения в основной группе больных наблюдалась в момент переживания стрессовых ситуаций у 83,3% больных, на фоне употребления алкоголя у 22,5%, на ровном эмоциональном фоне в курящей компании у 5%. Максимальное количество сигарет выкуривали только в моменты, субъективно описываемые как «очень хорошее настроение, приятные события, переживания, ощущения» 5,4% больных.

Таким образом, выявлена связь между изменениями толерантности и аффективными расстройствами. Если в известной научной литературе описывается постепенное нарастание толерантности, связанное с длительностью курения, то у изученных больных было отмечено скачкообразное изменение толерантности в виде нарастания интенсивности на весь период аффективной реакции. Важно отметить, что возврата к исходному уровню интенсивности курения после аффективного пика не происходило, толерантность после аффективных реакций возрастала.

Клинические особенности патологического влечения к курению табака и типы течения определили следующие основные формы табачной зависимости: идеаторная, психосоматическая и диссоциированная. В основной группе среди изученных больных преобладали лица диссоциированной формой табачной зависимости – 80 человек (66,7%). Идеаторная форма табачной зависимости диагностирована у 23 человек (19,2%), психосоматическая форма – у 17 больных (14,1%). В контрольной группе также преобладали больные диссоциированной формой табачной зависимости – 40 (66,7%) человек. Отмечено значительное число больных идеаторной и психосоматической формой табачной зависимости.

**Диссоциированная форма табачной зависимости** отличается от других наличием в структуре синдрома патологического влечения к курению табака, неосознаваемого на идеаторном уровне желания курения табака. Последнее являлось вторичным образованием, следствием интерпретации собственных внутренних тягостных витальных ощущений, малодифференцированных по существу и появляющихся при длительных перерывах в курении в виде жжения, покалывания, трепета, волнения, тяжести, тошноты и др. Они локализуются в различных областях тела: в подложечной области, горле, языке, трахее, легком, коже, спине, лопатке и даже в каждой клетке тела. Диссоциированной форме в основной группе свойственно: средний возраст начала курения – 13,2±1,6 лет, средний возраст наступления этапа систематического курения – 20±1,6 года, периодический тип течения патологического влечения к курению у 59 человек (73,7%) сочетался с коротким (1–2 года) этапом эпизодического курения у 30 человек (37,5%). У 20 (25%) исследованных больных этап эпизодического курения отсутствовал. Имело место курение натощак у 56 человек (70%). Особенностью диссоциированной формы табачной зависимости была «мерцающая» толерантность, при которой пациент мог выкурить в один день 2–3 сигареты, не испытывая потребности в большем количестве, тогда как в другие дни выкуривал 18–20 сигарет, что отмечено у всех больных. Средний возраст осознания влечения к курению табака составил 21,6±2,2 года. В процессе самостоятельного прекращения курения табака ремиссии в анамнезе длились от 5 дней до 2–3 месяцев у 66 больных (82,5%). Терапевтические ремиссии в анамнезе отмечались у 29 человек (36,2%). Безремиссионное течение наблюдалось у 6 человек (7,5%). У больных диссоциированной формой табачной зависимос-

ти преобладает периодический тип течения – 59 человек (73,7%), а постоянный наблюдался только у 21 человека (26,3%).

**Идеаторная форма табачной зависимости** характеризуется сочетанием идеаторного и вегетативного-сосудистого компонентов в структуре синдрома патологического влечения к курению табака. Идеаторной форме табачной зависимости были свойственны: средний возраст первой пробы курения табака – 13±3,5 лет, отсутствие этапа эпизодического курения наблюдалось у 5 человек (21,7%), быстро наступающая (в течение 1–2 лет) потребность в систематическом курении отмечена у 12 больных (52,1%), постепенное превышение исходной толерантности в 8–10 раз у 15 человек (65,2%), позднее начало курения табака в течение дня (через 1–4 часа после пробуждения у 7 (30,4%), преимущественно периодический тип течения патологического влечения у 17 (73,9%), раннее (в течение 1–2 лет) осознание тяги к курению у 13 человек (56,5%), возможность самостоятельного прекращения курения от 2–3 месяцев до 1-го года отмечена в анамнезе 9 исследованных больных (39,1%). У 17 больных (74%) идеаторной формой табачной зависимости отмечался периодический тип течения табачной зависимости, а у 6 (26%) человек – постоянный.

При **психосоматической форме табачной зависимости** отмечалось сочетание идеаторного, вегетативно-сосудистого и психического компонентов в структуре синдрома патологического влечения к курению. Для данной формы характерны: мысленный тип воспоминания-представления-желания курения табака, носящий первичный характер и осознающийся на идеаторном уровне, средний возраст первой пробы курения – 12,1±3,6 лет, у 7 исследованных больных (41,2%) отсутствовал этап эпизодического курения, средний возраст наступления систематического курения – 19,8±3,5 года, быстрое нарастание толерантности с превышающей исходную в 15–25 раз отмечено у 13 человек (76,4%), раннее утреннее закуривание (сразу после пробуждения, натощак) у всех исследованных больных (100%), постоянный тип течения патологического влечения к курению отмечен у 13 человек (76,4%), средний возраст осознания тяги к курению – 23 года, неудачные попытки самостоятельного прекращения курения в анамнезе были у 12 человек (70,5%). У 3 больных (17,6%) психосоматической формой отмечался периодический тип течения табачной зависимости, а у 14 человек (82,4%) – постоянный.

По данным феноменологического исследования особенностей мышления у изученных лиц в основной и контрольной группах преобладал образный тип воспоминаний и представлений (42,5% – в основной группе и 33,3% – в контрольной группе). Образные воспоминания и представления с детских лет претерпевали динамику, имеющую как общие черты для всех изученных лиц, так и частные особенности, характеризующие формирование определенных подгрупп среди обследованных лиц.

Мысленно-образный и образно-мысленный тип воспоминаний и представлений наблюдались у 12,5% больных основной группы. Мысленный тип воспоминаний и представлений был характерен

для 17,5% лиц основной группы и 6,7% лиц контрольной группы. Характерным для лиц с образным типом воспроизведения воспоминаний и представлений явилась склонность к мечтательности и фантазированию с детских лет. К моменту обследования выявились отличия в ходе динамического развития воспоминаний и представлений у лиц с табачной зависимостью в основной и контрольной группах. У лиц контрольной группы образные воспоминания возникали по ассоциации с внешними факторами или под влиянием своего «Я». Они длились мгновения или секунды и отражали реальные события прошлого. Исчезновение воспоминаний и представлений происходило только под влиянием «Я» или при переключении внимания. Воспоминания и представления были статичны, не озвучены. По отношению к самосознанию они являлись неразрывной частью своего «Я».

У лиц основной группы отмечались более сложные характеристики течения воспоминаний и представлений. У лиц с табачной зависимостью в основной группе образные воспоминания и представления были динамичны. Они носили сценоподобный характер, всегда были цветными. Возникали при участии «Я» или без него по ассоциации с увиденным, услышанным, прочитанным, при запахе, при прикосновении. Внутренняя возможность изменения сюжета образных воспоминаний приводила к образным представлениям, в которых сюжеты отражали варианты возможного поведения «Я» в ситуации прошлого с построением возможных новых ситуаций. «Я» в этом процессе являлось участником и зрителем одновременно. Представления являлись цветными, озвученными. Они возникали в голове, за глазами и воспринимались внутренним зрением. У лиц с табачной зависимостью в основной группе на протяжении последних 8–10 лет, начиная с возраста 21,6±3,4 лет (средний возраст), пространственно-временная структура претерпевала необратимые изменения. Воспоминания и представления появлялись не только при желании «Я». Отмечались состояния, при которых воспоминания и представления возникали сами по себе и разворачивались параллельно с текущей деятельностью, сосуществуя с ней или подавляя ее. «Я» как контролирующая и регулирующая функция психической деятельности мозга теряло свое значение. «Я» как зритель активно или пассивно созерцало сценоподобные представления. Невозможность их активного вытеснения констатировалось больными как должное, как свойственное всем окружающим людям, как процесс отдыха. Образные представления с их сценоподобностью иногда теряли связь с основным «Я», приобретая собственную самостоятельность. Они выступали наряду с основным «Я» как режиссеры, как участники, как зрители. Возникновение некоторого множества «Я», наряду с основным, как правило, не беспокоило больных, так как они воспринимались ими как часть «Я». Образные представления локализовались в голове, за глазами и в 35% случаев перед глазами, сосуществуя с реальными предметами или замещая их. У больных табачной зависимостью отмечена динамика отрыва воспомина-

ний и представлений от контроля «Я». Если раньше «Я» включалось в изменение сюжета воспоминаний, участвовало в построении сценоподобных представлений и при этом участники сценоподобных представлений только повторяли мысли «Я», в том числе реплики, диалоги, внутренние ответы и вопросы, то за последние 3–4 года у больных все явственнее обнаруживается появление самостоятельного поведения некоторых героев представлений, «Я» теряет контроль над представлениями и над формированием второго «Я» независимо от первого. Образные представления имели тенденцию к проецированию в реальный мир и замещению его. Усложнение образных воспоминаний и представлений сочетается с ухудшением социальной адаптации. У больных сужался объем внимания, а восприятие информации шло в неполном виде. Вместо отражения информации часто возникало ее замещение воображением. Последнее способствовало возникновению фрустрации, которое снималось, в частности курением.

Для 41,3% лиц характерным являлся мысленно-образный тип воспоминаний и представлений. Образные воспоминания отражали события эмоционально значимые для больного. Они часто возникали одновременно с мысленным типом воспоминаний и представлений. Их длительность исчислялась минутами. Представления носили неразвернутый характер. Сочетание шизоидного и эпилептоидного компонентов в преморбиде не являлись определяющими для поведения этой группы. Для них была свойственна избирательная общительность, неуверенность и нерешительность в принятии решения, повышенное чувство ответственности, ранимость, обидчивость, стремление к аккуратности, чистоте и порядку. У больных табачной зависимостью, обратившихся за медицинской помощью с целью прекращения курения табака, мысленно-образный тип воспроизведения воспоминаний и представлений носил более сложный характер, чем у лиц с табачной зависимостью в контрольной группе. Образные воспоминания и представления, появляясь одновременно с мысленными воспоминаниями и представлениями, обладали способностью в сфере мышления к самостоятельному возникновению по ассоциации с услышанным, прочитанным, увиденным, с запахом, вкусом, прикосновением. Имелись элементы изменения сюжета воспоминаний и представлений, разыгрывание образных спектаклей, способность к образному воспроизведению сопереживания и конструированию вариантов поведения другого человека. Лицам указанной категории была свойственна идеаторная форма табачной зависимости с периодическим или постоянным типом течения. Вдыхание табачного дыма давало быструю возможность переключения на образные и мысленные воспоминания, представления иного содержания, или их полного исключения из сознания для концентрации внимания на текущей деятельности. 5% обследованных составили лица с мысленным воспроизведением воспоминаний и представлений с полной невозможностью их образного воспроизведения. У лиц с табачной зависимостью в основной группе мысленные

воспоминания трансформировались в озвученные представления с диалогом, отражающим ту или иную ситуацию с обязательным участием оппонента или участника этих событий. При этом в голове ведется внутренний озвученный диалог с мысленным воспроизведением вариантов поведения оппонента. Стереотипно прокручиваются варианты поведения. Данной категории лиц свойственны такие черты характера, как аккуратность, стремление к чистоте и порядку, педантизм, высокое чувство ответственности за порученное дело и возникающее неудовольствие, состояние дискомфорта при нарушении выработанного стереотипа. Описанные черты относятся к ряду эпилептоидных. Вдыхание табачного дыма у лиц с табачной зависимостью сочетается с облегчением возможности переключения от воспоминаний неприятного содержания, что коррелирует с ускорением переработки своего поведения в прошлом, в ситуации приближенной к настоящему времени. Клиническая картина табачной зависимости у данной категории больных определялась психосоматической формой с постоянным или периодическим типом течения.

### *Зависимости пищевого поведения*

Пищевое поведение человека оценивается как гармоничное (адекватное) или девиантное в зависимости от множества параметров, в частности, от места, занимаемого процессом приема пищи в иерархии ценностей индивида, от количественных и качественных показателей питания, от эстетики. Существенно влияние этнокультуральных факторов на выработку стереотипов пищевого поведения, особенно в период стресса. Извечным вопросом о ценности питания, становится вопрос о связи питания с жизненными целями («есть, чтобы жить или жить, чтобы есть»), учета роли пищевого поведения окружающих для становления некоторых личностных характеристик (например, гостеприимство).

Под **пищевым поведением** понимается ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, ориентация на образ собственного тела и деятельность по его формированию.

Учитывая существенное влияние на оценку адекватности пищевого поведения транскультуральных особенностей человека, укажем, что значимость приема пищи в различных культурах и у людей разных национальностей различается. Так, в соответствии с дифференциально-аналитической концепцией N.Peseschkian, питание является одной из основных составляющих восточной психологической модели ценностей, в рамках которой вырабатывается собственный образ красоты тела (как правило, привлекательнее и здоровее рассматривается полный, упитанный человек с хорошим аппетитом) и отношение к тому, как и сколько ест ребенок или взрослый. Нормальным поведением в период стресса рассматривается повышение

аппетита и усиленное питание («сначала поешь – потом поговорим о проблемах») и т.н. *феномен «заедания стресса»*. На уровне бытовых отношений оценка высшей степени гостеприимства сопряжена с предоставлением большого количества продуктов питания. В западной психологической модели ценностей питание само по себе не является ценностью и гостеприимство не включает в обязательном порядке процесс питания. Ценностью является контроль за приемом пищи, ориентация на иные стандарты красоты и эстетики – стройность, худоба, спортивность в противовес упитанности в рамках восточной модели. В связи с подобными транскультуральными разночтениями девиантное пищевое поведение в обязательном порядке должно учитывать этнокультуральный стереотип пищевого поведения окружения человека.

Основными нарушениями пищевого поведения считаются: *нервная анорексия и нервная булимия*. Общими для них являются такие параметры, как:

- озабоченность контролированием веса собственного тела;
- искажение образа своего тела;
- изменение ценности питания в иерархии ценностей.

**Нервная анорексия** представляет собой расстройство, характеризующееся преднамеренным снижение веса, вызываемым и поддерживаемым самим индивидом. Отказ от пищи связан, как правило, с недовольством своей внешностью, избыточной, по мнению самого человека, полнотой. Учитывая тот факт, что определение объективных критериев полноты в значительной мере затруднено в связи с существованием эстетического компонента, приходится говорить о значимости параметра адекватности или неадекватности восприятия собственного тела («схемы тела»), ориентации на собственное мнение и представления о нем или рефлексию и реагирование на мнение референтной группы. Часто основой нервной анорексии служит искаженное восприятие себя и ложная интерпретация изменения отношения окружающих, основанного на патологическом изменении внешности. Данный синдром носит названии *дисморфоманического синдрома*. Однако формирование нервной анорексии возможно и вне данного синдрома.

Выделяют (М.В.Коркина) четыре стадии нервной анорексии: 1) инициальная; 2) активной коррекции, 3) кахексии и 4) редукции синдрома. В инициальной стадии индивид выражает недовольство преимущественно избыточной, по его мнению, полнотой либо всей фигуры, либо отдельных частей тела (живота, бедер, щек). Он ориентируется на выработанный идеал, стремится к похуданию с целью подражания кому-либо из ближайшего окружения или популярным людям. На стадии активной коррекции, когда нарушения пищевого поведения становятся очевидными для окружающих и происходит становление девиантного поведения, индивид начинает прибегать к различным способам похудания. Прежде всего он выбирает *ограничительный пищевой стереотип*, исключая из пищевого рациона отдельные высококалорийные продукты, склоняется к соблюдению

строгой диеты, начинает использовать различные физические упражнения и тренинги, принимает большие дозы слабительных средств, использует клизмы, искусственно вызывает рвоту с целью освобождения желудка от только что съеденной пищи. Ценность питания снижается, при этом индивид не способен контролировать свое речевое поведение и постоянно в общении возвращается к теме похудания, обсуждения диет и тренингов. На стадии кахексии могут появляться признаки дистрофии: снижение массы тела, сухость и бледность кожных покровов и иные симптомы.

Диагностическими критериями нервной анорексии являются:

а) снижение на 15% и сохранение на сниженном уровне массы тела или достижения индекса массы тела Кветелета 17,5 баллов (индекс определяется соотношением веса тела в килограммах к квадрату роста в метрах).

б) искажение образа своего тела в виде страха перед ожирением.

в) намеренность избегания пищи, способной вызвать увеличение массы тела.

Нарушение пищевого поведения в виде синдрома нервной анорексии встречается, как правило, при двух типах девиантного поведения: патохарактерологическом и психопатологическом. В рамках первого нарушения пищевого поведения обусловлены особенностями характера человека и его реагированием на отношение со стороны сверстников, при втором – синдром нервной анорексии формируется на базе иных психопатологических расстройств (дисморфоманического, ипохондрического симптмокомплексов) в структуре шизофренических или иных психотических расстройств.

**Нервная булимия** характеризуется повторяющимися приступами переедания, невозможностью даже короткое время обходиться без пищи и чрезмерной озабоченностью контролированием веса тела, что приводит человека к принятию крайних мер для смягчения «полнящего» влияния съеденной пищи. Индивид ориентирован на пищу, он планирует собственную жизнь, основываясь на возможности принять пищу в нужное время и в необходимом для него количестве. Ценность данной стороны жизни выходит на передний план, подчиняя себе все остальные ценности. При этом отмечается амбивалентное отношение к приему пищу: желание есть большое количество пищи сочетается с негативным, самоуничижающим отношением к себе и своей «слабости».

Выделяется несколько диагностических критериев нервной булимии:

а) постоянная озабоченность едой и непреодолимая тяга к пищи даже в условиях ощущения сытости.

б) попытки противодействовать эффекту ожирения от съедаемой пищи с помощью таких приемов, как: вызывание рвоты, злоупотребление слабительными средствами, альтернативные периоды голодания, использование препаратов подавляющих аппетит.

в) навязчивый страх ожирения.

Как видно из клинических описаний, нервная анорексия и нервная булимия имеют ряд общих черт, вследствие чего можно говорить о едином комплексе нарушений пищевого поведения. Однако нервная булимия в отличие от анорексии может входит в структуру аддиктивного типа девиантного поведения. Если отказ от пищи играет роль болезненного противостояния реальности (существенный параметр патохарактерологического и психопатологического типов отклоняющегося поведения), то непреодолимое влечение к пище может отражать как противостояние (в частности, снятие симптомов тревоги, депрессии при невротических расстройствах), так и уход от реальности. При аддиктивном поведении повышение ценности процесса питания и переедание становится единственным удовольствием в скучной, однообразной жизни. Человек избирает для себя питание, как альтернативу повседневной жизни с ее требованиями, обязанностями, регламентациями. У него формируется феномен «жажды острых ощущений» в виде изменения пищевого поведения. К примеру, такой индивид может получать новые необычные ощущения от количества и качества пищи, сочетания несочетаемых ингредиентов (огурцов с медом, торта с горчицей). Мотивом становится бегство от «опостылевшей» реальности в мир вечного «пищевого удовольствия».

Важнейшим психологическим процессом юношеского возраста является процесс становления самосознания и устойчивого образа Я. Именно с образом Я и с самооценкой в большинстве случаев связано негативное отношение к своему телу, лежащее, как правило, в основе нарушений пищевого поведения. Е.Т.Соколова утверждает, что существует тесная связь между переменными Я-концепции и формами телесного опыта. Телесный опыт — это очень широкая категория, которая охватывает все, «имеющее хоть какое-либо отношение к психологической связи «индивид — его тело». Один из наиболее важных компонентов телесного опыта — это образ тела (образ телесного Я, физического Я), т.е. результат осознанного или неосознанного психического отражения, определенная умственная картина своего тела.

По мнению Р.Бернса тело является зримой и ощутимой частью нашего Я. «Мы чувствуем, видим и слышим самих себя, никогда не в состоянии отрешиться от своего тела, к тому же этот неотъемлемый элемент нашей личности выставлен на постоянное публичное обозрение», — пишет он. Размеры и форма тела оказывают влияние на качественное своеобразие жизни индивида и его психики, так как они служат предметом как собственных оценок, так и оценок другими людьми.

Многие исследователи сходятся во мнении, что представление о своем физическом облике является одной из главных составляющих Я-концепции. Это направление исследований изучает образ тела и его связь с Я-концепцией, исходя из представления о теле как своеобразном хранилище Я, обладающем более или менее определенными границами. Второе направление связано с другой характеристи-

кой тела – внешностью. В этих исследованиях тело рассматривается, с одной стороны, как носитель личных и социальных значений, ценностей и т.п., а с другой – как объект, обладающий определенной формой и размерами. Соответственно делается акцент либо на эмоциональном отношении к собственной внешности, либо на когнитивном компоненте. В первом случае используются такие понятия, как «значимость» и «ценность» тела, «удовлетворенность» им, во втором – речь идет о «точности», «переоценке», «искажении» восприятия тела. Известно, что существует высокая положительная корреляция между удовлетворенностью телом и удовлетворенностью собой. С точки зрения Р.Бернса положительная оценка своего внешнего облика в сознании человека, а также в суждениях окружающих может существенно повлиять на позитивность его Я-концепции в целом, и наоборот, отрицательная оценка влечет за собой существенное снижение общей самооценки. При этом делается акцент на зависимости самооценки от мнений окружающих людей. Человек – существо социальное и не способен избегать принятия многих социальных и культурных ролей, стандартов и оценок, определяемых самими условиями его жизни в обществе. Он становится объектом не только собственных оценок и суждений, но также оценок и суждений других людей, с которыми он сталкивается в ходе социальных взаимодействий. Если он стремится получить одобрение окружающих, он должен соответствовать общепринятым стандартам. Отмечается, что на самооценку и степень уважения личности часто оказывают влияние лишь строго определенные зоны тела (А.Марселло).

Развитая система психологической защиты снижает субъективную значимость недостатка внешности вплоть до его трансформации в сознании в положительный признак внешности. И.С.Кон выделяет пять вариантов преломления в Я физического недостатка:

1) исправление недостатка путем напряженных усилий (некоторые больные с ожирением стараются любыми способами снизить вес);

2) уклонение от сознания неприятного качества (некоторые девушки с ожирением считают полноту пикантной);

3) взгляд на весь мир сквозь призму своего несчастья с вытекающей отсюда мнительностью;

4) приспособление к установкам окружающих людей;

5) компенсация недостатка в одной области достижениями в другой.

У больных ожирением выделяют еще один вариант – «деформация пищевого поведения как уже сформированный стереотип ответа на конфликт». Наши исследования (В.Д.Менделевич, Э.А.Бухарова) девушек с нарушениями пищевого поведения в виде анорексии и булимии с ожирением дали следующие результаты.

Экспериментальная работа проводилась в 3-х группах, при общем объеме выборки 126 человек. Все испытуемые – девушки в возрасте от 15 до 22 лет. Этот выбор был не случаен, так как именно сре-

ди девочек-подростков и молодых девушек наблюдается наиболее высокая распространенность нарушений пищевого поведения – от 1–5% по данным разных авторов. Отдельные исследователи отмечают, что «легкие и преходящие проявления нарушений пищевого поведения встречаются у каждой десятой девушки-подростка.

В 1-ю группу вошли 32 девушки с диагнозом экзогенно-конституциональное (гипералиментарное) ожирение – экспериментальная группа. 2-ю группу (47 человек) составили манекенщицы, модели и девушки, обучающееся этой профессии. У этих лиц необходимость поддерживать минимальный вес связана со спецификой профессиональной деятельности. Кроме того, в эту группу вошли только те манекенщицы, вес тела которых был ниже или находился на границе с нормой, т.е. был равен или оказался меньше индекса массы тела Кветелета 17,5 баллов. Этот критерий веса признан одним из признаков для диагностики нервной анорексии по МКБ-10. Поэтому эта группа испытуемых была обозначена группой повышенного риска в отношении возникновения нарушений пищевого поведения, а именно нервной анорексии. В 3-ю группу (контрольную) вошли 47 здоровых девочек и девушек.

Исследование проводилось при помощи следующих методик. Измерение самооценки осуществлялось с помощью методики Дембо-Рубинштейн и 2-х модификаций этой методики, одна из которых предназначена для измерения самооценки красоты собственного тела, а другая – для измерения самооценки полноты собственного тела. Для выявления уровня самоактуализации использовался самоактуализационный тест – САТ. Для анализа образа Я применялась проективная методика «Автопортрет». Неосознаваемые переживания по отношению к телу диагностировались с помощью Цветового теста отношений – ЦТО. Кроме этого был применен метод анкетирования для выявления дополнительной информации о характере нарушений пищевого поведения у испытуемых.

Для теста Дембо-Рубинштейн испытуемым предлагались 3 бланка. Первый бланк содержал 12 вертикальных шкал (по 10 делений в каждой), полюса которых обозначались противоположными характеристиками (умная – глупая, здоровая – больная, спокойная – тревожная, счастливая – несчастная, удачливая – неудачливая, общительная – замкнутая, уверенная в себе – неуверенная в себе, смелая – застенчивая, женственная – мужественная, привлекательная – непривлекательная, красивая – некрасивая). Испытуемым давалась следующая инструкция: «Оцените саму себя по каждой шкале, отмечая черточкой (-) соответствующее место/деление на шкале». При обработке один полюс шкалы принимался за «0», противоположный – за 10 баллов, а отметки, сделанные испытуемыми на каждой шкале, представляли собой некий балл. Баллы по всем шкалам суммировались, образуя итоговый балл по тесту. 2-й бланк содержал 9 аналогичных шкал, полюса которых обозначались противоположными характеристиками, относящимися к телу/внешности (красивое лицо – некрасивое лицо, красивые щеки – некрасивые щеки,

красивая фигура – некрасивая фигура и т.п. – бедра, талия, руки, плечи, грудь). Предъявлялась аналогичная инструкция: «Оцените свою собственную внешность/тело...». Подсчет баллов осуществлялся как и в 1-м бланке, и итоговый балл отражал самооценку красоты собственного тела. 3-й бланк аналогичен 2-му, но полюса обозначались характеристиками, относящимися к полноте (худое лицо – полное лицо, худые щеки – полные щеки, худая фигура – полная фигура и т.п. – бедра, талия, руки, плечи, грудь). Инструкция повторялась.

Тест «Автопортрет» разработан Р.Бернсом (США) и предназначен для выявления индивидуально-типологических особенностей человека, его представлений о себе, своей внешности, личности и отношения к ней. Испытуемым предлагался чистый лист бумаги, карандаш и инструкция: «Нарисуйте свой портрет». Обработка теста осуществлялась с помощью специальной схемы (Е.С.Романова, С.Ф.Потемкина), согласно которой выделены 14 признаков-показателей для дальнейшего анализа.

ЦТО предназначен для выявления неосознанных эмоциональных отношений к тем или иным понятиям, явлениям, людям... Нас интересовали переживания, отношения испытуемых к своему телесному Я. Для этого им предлагалось ассоциировать такие понятия как «моя фигура», «идеальная фигура», «мой вес», «идеальный вес» с цветами из теста Люшера. Затем проводилась сама процедура тестирования по Люшеру. При обработке каждому понятию присваивался ранг/место в раскладке по предпочтению (по Люшеру).

Самоактуализация измерялась с помощью САТ. Этот тест состоит из 126 пунктов, построенных по принципу вынужденного выбора. Испытуемым предъявляется бланк для ответов и инструкция: «Вам предлагается тест-опросник, каждый пункт которого содержит 2 высказывания, обозначенные буквами «а» и «б». Внимательно прочитайте каждую пару и пометьте на бланке напротив соответствующего номера то из них, которое в большей степени соответствует вашей точке зрения». При обработке подсчитывались «сырые» баллы с помощью ключей для каждой шкалы. Всего тест содержит 2 основные шкалы – шкала компетентности во времени (Tc) и шкала поддержки (I), и 12 дополнительных: шкала ценностных ориентаций (Sav), гибкости поведения (Ex), сензитивности к себе (Fr), спонтанности (S), самоуважения (Sr), самопринятия (Sa), представлений о природе человека (Nc), синергии (Sy), принятия агрессии (A), контактности (C), познавательных потребностей (Cog), и креативности (Cr).

Следует оговориться, что в доступной нам литературе мы не нашли сведений об исследовании самоактуализации у лиц с нарушениями пищевого поведения. Что касается связи самоактуализации и самооценки, известно, что процесс становления личности, ее самосовершенствования основан на самооценке «как важнейшей составной части самосознания», есть данные о положительной корреляции показателей самоактуализации с уверенностью в себе. Предположение о пониженных показателях самоактуализации у лиц с наруше-

ниями пищевого поведения тоже имеет свое основание. Нарушения пищевого поведения относятся к категории девиантного поведения, а последнее определяется как «система поступков или отдельные поступки, противоречащие принятым в обществе нормам и проявляющиеся в виде несбалансированности психических процессов, неадаптивности, *нарушении процесса самоактуализации* или в виде уклонения от нравственного и эстетического контроля за собственным поведением».

По тесту Дембо-Рубинштейн были получены следующие результаты. Средние арифметические значения в экспериментальной группе (гр. 1), «группе риска» (гр. 2) и контрольной группе (гр. 3) составили соответственно 69,31; 81,19 и 76,04 (табл. 6). Статистическое сравнение средних значений по t-критерию показало значимые различия между экспериментальной и контрольной группами на уровне 95% (t=2,026 при стандартном значении критерия t 1,991), между экспериментальной группой и группой риска на уровне 99,9%

*Таблица 6*

**Результаты статистической обработки теста Дембо-Рубинштейн**

| № группы | Средняя арифм самооценки | Среднее квадр отклонение | Ошибка средней |
|---|---|---|---|
| 1 | 69,31 | 14,30 | 2,53 |
| 2 | 81,19 | 12,31 | 1,80 |
| 3 | 76,04 | 13,52 | 1,97 |

*Таблица 7*

**Результаты по тесту самооценка красоты тела**

| Группа | Средняя арифм самооценки | Среднее квадр отклонение | Ошибка средней |
|---|---|---|---|
| 1 | 43,69 | 15,22 | 2,69 |
| 2 | 61,70 | 16,29 | 2,38 |
| 3 | 58,94 | 15,07 | 2,20 |

*Таблица 8*

**Результаты по тесту самооценка полноты тела**

| Группа | Средняя арифм самооценки | Среднее квадр. отклонение | Ошибка средней |
|---|---|---|---|
| 1 | 31,38 | 12,36 | 2,19 |
| 2 | 57,81 | 12,46 | 1,82 |
| 3 | 50,67 | 11,48 | 1,67 |

(t=3,610 при стандартном значении критерия t 3,421). На основании этого можно сделать вывод, что девочки, страдающие ожирением, имеют пониженную самооценку. А самооценка манекенщиц значимо выше самооценки девушек с ожирением, однако нельзя говорить о повышенной самооценке у манекенщиц из группы риска, так как статистически достоверных различий по самооценке между ними и контрольной группой не выявлено.

По двум модификациям теста Дембо-Рубинштейн получены такие результаты. Средние значения по самооценке красоты тела в группах 1, 2, 3 составили соответственно 43,69; 61,70 и 58,94 (табл. 7). Статистическое сравнение средних значений по t-критерию показало значимые различия на уровне 99,9% между экспериментальной и контрольной группами (t=4,397) и между экспериментальной группой и группой риска (t=4,952). Средние значения по самооценке полноты тела в группах 1, 2, 3 составили соответственно 31,38, 57,81 и 50,64 (табл. 8). Статистическое сравнение показало значимые различия между экспериментальной и контрольной группами на уровне 99,9% (t=7,097), между экспериментальной группой и группой риска на уровне 99,9% (t=9,284) и между контрольной группой и группой риска на уровне 99% (t=2,901 при $t_{кр}$=2,630). Таким образом, девушки с ожирением считают себя более полными и менее красивыми, чем девушки из контрольной группы, а манекенщицы оценивают себя более худыми, чем девушки из контрольной группы и девушки из экспериментальной группы, а также более красивыми, чем девушки с ожирением.

Корреляционный анализ показал связь на уровне 99,9% между самооценкой по тесту Дембо-Рубинштейн и самооценкой красоты тела во всех трех группах испытуемых. Это дает основание считать, что в целом самооценка девушек подросткового и юношеского возраста зависит от их самооценки красоты своей внешности, своего телесного Я, т.е. чем более красивыми оценивают себя девушки, тем выше их общая самооценка. Это подтверждает мнение многих авторов об особом, важном месте оценки собственной внешней привлекательности в структуре самосознания и самооценки девушек этого возраста. Между самооценкой красоты своего тела и самооценкой своей полноты выявлена корреляция на уровне 99% (фактическое значение коэффициента корреляции 0,44 при минимальном коэффициенте корреляции для этого уровня 0,37) в группе риска. Корреляции между этими показателями в экспериментальной группе менее выраженные – на уровне 95% (0,42 при минимальном значении коэф. корреляции 0,35 для экспериментальной группы, и 0,35 при минимальном 0,29 для контрольной группы). Таким образом, мы не можем строго утверждать ни наличие, ни отсутствие связи между самооценкой красоты тела и самооценкой полноты тела у девушек с ожирением и у девушек из контрольной группы. Однако мы имеем все основания утверждать, что у девушек-манекенщиц самооценка красоты тела и самооценка полноты своего тела взаимосвязаны. По-видимому, чем более худыми они себя считают, тем более красивы-

ми, и наоборот, чем более полными, тем менее красивыми. Интересно, что корреляция между самооценкой по Дембо-Рубинштейн и самооценкой своего тела выявлена только в контрольной группе (коэф. корр. Спирмана 0,42 при минимальном значении коэффициента 0,37 для уровня 99%). В других группах такой корреляции не обнаружено. Таким образом, у девочек без нарушений ПП самооценка полноты тела напрямую связана с общей самооценкой, т.е. чем более худыми они себя считают, тем выше их самооценка, и наоборот, чем более полными девушки считают себя, тем ниже их самооценка. Возможно, у девочек из двух других групп — больных ожирением и манекенщиц с недостаточным весом — связь самооценки полноты тела с общей самооценкой опосредствована показателем самооценки красоты, т.е. чем более худыми они себя оценивают, тем более красивыми считают себя и тем выше их самооценка, и наоборот. Мы приходим к выводу, что в структуре самооценивания у девушек важную роль играет самооценка своего тела (рис. 5).

Статистическая обработка теста «Автопортрет» осуществлялась по схеме Е.С.Романовой, С.Ф.Потемкиной, по которой выделено 14 признаков (показателей) для анализа и вычислялся процент испытуемых каждой группы, отразивших в рисунке каждый из этих показателей (табл. 9). Статистическая достоверность различий между группами вычислялась по F-критерию (угловой преобразователь Фишера) – (табл. 10). Были выявлены такие различия между группами. 69% девушек из экспериментальной группы против 47% — из контрольной группы и 49% — из группы риска рисуют свой автопортрет только в виде лица, и наоборот, только 19% из экспериментальной группы против 40% из контрольной и 36% из группы риска рисуют себя в полный рост (достоверность различий на уровне 95%). Очевидно, что девушки с ожирением склонны не рисовать свою фигуру, что может быть связано с негативными эмоциональными переживаниями по поводу своего веса и полноты тела, подсознательным эмоциональным отвержением своего тела. Возможно, избегание

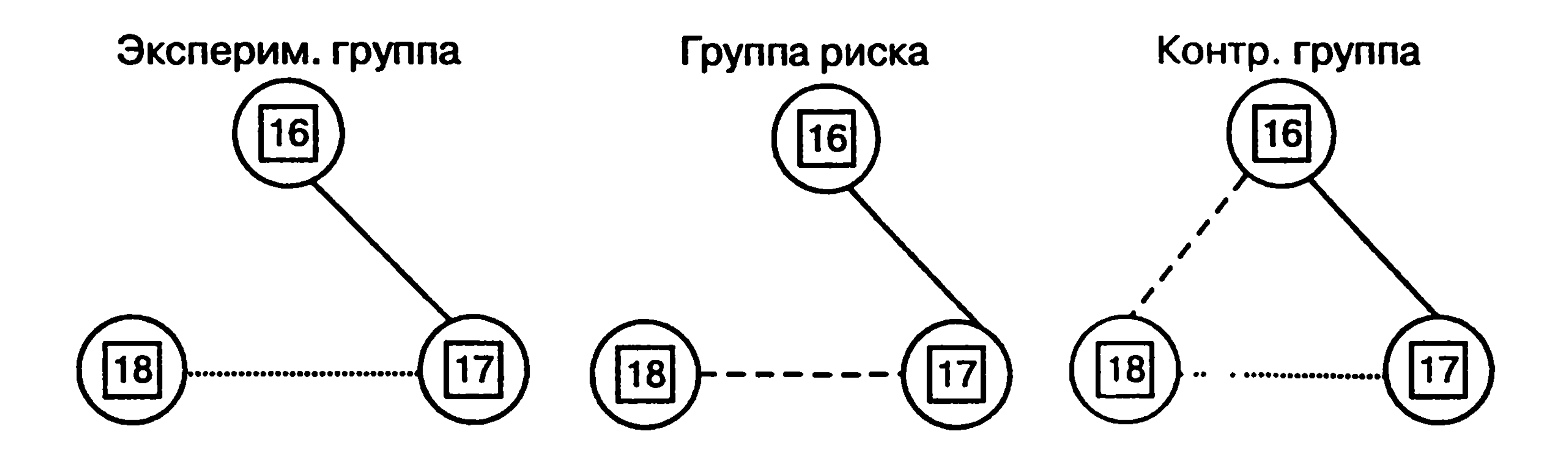



**Рис. 5.** Структура самооценки у обследованных

16 – самооценка по тесту Дембо-Рубинштейн
17 – самооценка красоты тела
18 – самооценка полноты тела

*Таблица 9*

**Данные исследования по тесту «Автопортрет»**

| Показатели | Группа 1, % | Группа 2, % | Группа 3, % |
|---|---|---|---|
| Изображение в виде одного лица | 69 | 49 | 47 |
| Изображение в виде бюста | 13 | 13 | |
| Изображение в полный рост | 19 | 36 | 40 |
| Схематическое изображение | 63 | 43 | 23 |
| Реалистическое изображение | 34 | 55 | 68 |
| Метафорическое изображение | 3 | – | 9 |
| Наличие глаз | 97 | 96 | 96 |
| Наличие носа | 97 | 94 | 91 |
| Наличие рта | 97 | 100 | 89 |
| Наличие бровей | 72 | 91 | 87 |
| Наличие ресниц | 56 | 79 | 72 |
| Наличие ушей | 44 | 28 | 68 |
| Наличие рук | 25 | 40 | 21 |
| Наличие ног | 16 | 32 | 36 |

*Таблица 10*

**Фактические значения F-критерия между группами**

| Показатели | №1 и №3 | №2 и №3 | №1 и №2 |
|---|---|---|---|
| Изображение в виде одного лица | 1,956 * | 0,207 | 1,770 * |
| Изображение в виде бюста | 0,577 | 0,672 | 0,035 |
| Изображение в полный рост | 2,105 * | 0,425 | 1,723 * |
| Схематическое изображение | 3,550 *** | 1,995 * | 1,754 * |
| Реалистическое изображение | 3,002 *** | 1,277 | 1,852 * |
| Метафорическое изображение | 1,032 | 2,871 *** | 1,552 |
| Наличие глаз | 0,262 | 0 | 0,262 |
| Наличие носа | 1,033 | 0,394 | 0,678 |
| Наличие рта | 1,348 | 3,216 *** | 1,547 |
| Наличие бровей | 1,690 * | 0,672 | 2,295 * |
| Наличие ресниц | 1,474 | 0,721 | 2,124 * |
| Наличие ушей | 2,161 * | 4,039 *** | 1,474 |
| Наличие рук | 0,386 | 2,032 * | 1,444 |
| Наличие ног | 2,085 * | 0,435 | 1,693 * |

* – Достоверность на уровне 95% при $F_{крит}$=1,64.
** 99% при $F_{крит}$ =2,31.
*** 99,9% при $F_{крит}$ =2,81.

изображения своего тела связано с тем, что собственная полнота является для девушек психотравмирующим фактором. 63% девочек из экспериментальной группы против 23% из контрольной рисуют автопортрет схематически, и наоборот, у 34% девочек из экспериментальной и 68% из контрольной группы встречается реалистическое изображение (достоверность различий на уровне 99,9%). Значит, девушки с ожирением в основном рисуют себя схематически, а девушки без нарушений пищевого поведения – реалистически. На основании этого можно говорить о нарушении, искажении образа тела (телесного, физического Я) у девушек с гипералиментарным ожирением. Подобную же тенденцию обнаруживают и девушки из группы повышенного риска, среди которых 43% против 23% из контрольной группы дают схематическое изображение себя в автопортрете (достоверность различий на уровне 95%). Нельзя сказать, что девушкам-манекенщицам свойственно искажение образа тела, по крайней мере не в такой же степени, что и девушкам с ожирением, поскольку есть различия (достоверность на уровне 95%) между экспериментальной группой и группой риска: 63% из экспериментальной и 43% из группы риска изобразили себя схематически, а реалистическое изображение встречается у 34% и 55% соответственно. И все же можно говорить о том, что манекенщицам с дефицитом массы тела свойственна отчетливая тенденция искажения образа телесного Я, что опять же подтверждает обоснованность отнесения этих лиц к группе повышенного риска по возникновению нарушений пищевого поведения. Интересным нам показалось различие (на уровне 99,9%) между группой риска и контрольной группой по показателю «метафорическое изображение»: 9% из контрольной группы и «0» из группы риска. По-видимому, манекенщицы видят в собственном автопортрете только один аспект – свою внешность. Девочки из контрольной группы в этом смысле как бы более гибкие, понимая свой «автопортрет» более многозначно: 9% из них изобразили себя как свое настроение, характер, свое место в жизни или свое любимое дело, отразив таким образом свой внутренний мир. Можно сказать, что девушки из группы риска сосредоточены на своей внешности, телесное, физическое Я занимает важное место в их Я-концепции.

Высокая достоверность различий (99,9%) выявлена по показателю «наличие рта» между группой риска и контрольной группой – 100 и 89% соответственно. Такое внимание ко рту у манекенщиц может говорить о коком-то особом отношении к пище, пищевом поведении. Возможно, ограничивая себя в питании, они тем не менее много думают о еде, сохраняют к ней большой интерес.

Обращает на себя внимание показатель «наличие ушей», по которому выявлены достоверные различия между группой риска (28%) и контрольной группой (68%) на уровне 99,9% и между экспериментальной (44%) и контрольной (68%) группами на уровне 95%. То, что девушки из экспериментальной группы и из группы риска значительно реже рисуют уши, чем девушки из контрольной группы позволяет говорить о том, что девушки с нарушениями пищевого пове-

дения и с риском их появления более закрыты восприятию внешнего окружающего мира, закрыты к критике, а девушки без нарушений пищевого поведения, напротив, более открыты, восприимчивы.

Выявлены достоверные различия (на уровне 95%) между экспериментальной группой (56%) и группой риска (79%) по показателю «наличие ресниц». Можно сделать вывод, что манекенщицы склонны подчеркивать свою женственность, стремление быть привлекательной, что не свойственно девушкам с избыточным весом.

Интересны различия (достоверные на уровне 95%) по показателю «наличие рук» между группой риска (40%) и контрольной группой (21%). Руки символизируют контакт с окружающим миром, активность, следовательно можно считать манекенщиц с недостаточным весом более активными по отношению к внешнему миру. Обнаружены различия (с достоверностью 95%) по показателю «наличие ног» между экспериментальной (16%) и контрольной группой (36%), между экспериментальной группой и группой риска (32%). Ноги – символ опоры, устойчивости, исходя из чего можно говорить о том, что девушкам с ожирением свойственно чувство неустойчивости, отсутствия опоры в окружающем мире.

При обработке результатов, полученных по ЦТО вычислялся средний ранг (среднее арифметическое) ассоциируемых эмоционально-значимых понятий в цветовом ряду (табл. 11). Статистическое сравнение средних значений по t-критерию (табл. 12) показало значимые различия на уровне 99,9% между всеми группами по ассоциации «моя фигура». Т.е. ассоциируемое понятие «моя фигура» у

*Таблица 11*

**Средний ранг ассоциируемых понятий в цветовом ряду**

| Понятия | группа 1 | группа 2 | группа 3 |
|---|---|---|---|
| «моя фигура» | 5,97 | 3,72 | 2,34 |
| «идеальная фигура» | 2,97 | 3,53 | 3,74 |
| «мой вес» | 6,92 | 4,02 | 3,17 |
| «идеальный вес» | 3,88 | 3,53 | 4,21 |

*Таблица 12*

**Статистическое сравнение средних значений ЦТО между группами**

| Понятия | №1 и №3 | №2 и №3 | №1 и №2 |
|---|---|---|---|
| «моя фигура» | t=10,145 *** | t=3,529 *** | t=4,730 *** |
| «идеальная фигура» | t=1,621 | t=0,449 | t=1,216 |
| «мой вес» | t=10,086 *** | t=2,104 * | t=6,292 *** |
| «идеальный вес» | t=0,735 | t=1,634 | t=0,747 |

экспериментальной группы и группы риска находится ближе к концу цветового ряда, чем у контрольной группы, это означает то, что эмоциональное отношение к собственной фигуре у девушек с избыточным весом и у девушек-манекенщиц с недостаточным весом значительно отличается от отношения к своей фигуре у девушек без нарушений пищевого поведения, и пожалуй, можно даже говорить о негативном отношении к своей фигуре у девушек с ожирением. Достоверные различия выявлены и по ассоциации «мой вес». Собственный вес девушки с ожирением ассоциируют с цветами, занимающими место значительно ближе к концу ряда, чем девушки без нарушений пищевого поведения и девушки из группы риска. Значит, девушки, страдающие ожирением, относятся к своему весу отрицательно, в отличие от их здоровых сверстниц.

Еще раз обратим внимание на средние значения (ранги) ассоциируемых понятий. Видно, что «мой вес» занимает в экспериментальной группе приблизительно 7-е место в раскладке цветов по предпочтению (средний ранг 6,92). Известно (по Люшеру), что последние места в цветовом ряду занимают неприятные, отвергаемые цвета. Поэтому можно сделать вывод об эмоциональном отвержении, эмоционально-негативном отношении девушек с ожирением к своему весу. Средний ранг понятия «моя фигура» в экспериментальной группе составил 5,97, что соответствует примерно 6-му месту в раскладке цветов. Поскольку 5-е и 6-е места в ряду занимают безразличные цвета, можно сказать, что понятие «моя фигура» для девочек с ожирением нейтрально. В то же время в контрольной группе понятие «моя фигура» занимает в среднем 2-е место (2,34), а «мой вес» — 3-е место (3,17), т.е. соответствуют приятным, предпочитаемым цветам в раскладке, что говорит о положительном эмоциональном отношении девушек без нарушений пищевого поведения к своей фигуре и весу. Что касается понятий «идеальная фигура», «идеальный вес», то во всех 3-х группах средний ранг ассоциировавшихся с ними цветов варьирует от 2,97 до 4,21, т.е. соответствует первым четырем цветам в раскладке. Из этого можно сделать вывод, что девушкам этого возраста в целом свойственно стремление к «идеальной» внешности, ориентация на некие эталоны красоты и полноты тела.

При статистической обработке САТ выявлены достоверные различия между средними значениями по трем дополнительным шкалам (табл. 13, 14). По основным шкалам не выявлено значимых различий. По шкале самоуважения выявлены достоверные различия на уровне 95% ($t=2{,}063$ при $t_{крит}=1{,}991$) между экспериментальной и контрольной группами. Шкала самоуважения диагностирует способность субъекта ценить свои достоинства, положительные качества, уважать себя за них. Значит, у девушек с ожирением понижено самоуважение, понижена способность ценить себя. Кроме того, в результате корреляционного анализа выявлены значимые корреляции между шкалой самоуважения САТ и самооценкой (по тесту Дембо-Рубинштейн) на уровне 99,9% в экспериментальной группе (коэффициент корреляции 0,71 при минимальном значении 0,55 для

*Таблица 13*

**Средние значения по шкалам САТ**

| Шкала САТ | гр. 1 (средн. арифм.) | гр. 2 (средн. арифм.) | гр 3 (средн арифм.) |
|---|---|---|---|
| Шкала самоуважения | 7,22 | 8,16 | 8,85 |
| Шкала самопринятия | 7,85 | 8,07 | 9,63 |
| Шкала синергии | 3,57 | 3,94 | 4,16 |

*Таблица 14*

**Статистическое сравнение средних значений по САТ между группами**

| Шкала САТ | №1 и №3 | №2 и №3 | №1 и №2 |
|---|---|---|---|
| Шкала самоуважения | t=2,063 * | t=1,048 | t=1,965 |
| Шкала самопринятия | t=2,236 * | t=2,101 * | t=0,309 |
| Шкала синергии | t=2,053 * | t=1,521 | t=0,874 |

этого уровня), в группе риска (коэффициент корреляции 0,66), в контрольной группе (коэффициент корреляции 0,50 при минимальном значении 0,46 для достоверности 99,9%), а также между шкалой самоуважения и самооценкой красоты тела в экспериментальной и контрольной группе на уровне 99% (коэффициенты корреляции соответственно 0,46 и 0,42 при минимальных значениях для этого уровня соответственно 0,45 и 0,37), в группе риска на уровне 99,9% (коэффициент корреляции 0,55 при минимальном 0,46 для этого уровня). Таким образом, самоуважение связано с самооценкой, и с самооценкой тела, в частности. Мы уже указывали на пониженную самооценку у испытуемых экспериментальной группы, поэтому можем сделать вывод, что низкая самооценка, в том числе низкая самооценка тела, ведет к понижению такого параметра личности как самоуважение у девушек с гипералиментарным ожирением. Другими словами, чем ниже оценивают себя девушки с ожирением, тем ниже их самоуважение.

По шкале самопринятия выявлены достоверные различия на уровне 95% между экспериментальной и контрольной группами ($t=2{,}236$ при $t_{крит}=1{,}991$) и между группой риска и контрольной группой ($t=2{,}101$ при $t_{крит}=1{,}986$). Шкала самопринятия отражает степень принятия человеком себя таким, как есть, вне зависимости от оценки своих достоинств и недостатков, возможно, вопреки последним. У девочек с нарушениями пищевого поведения и с риском их возникновения такая способность к самопринятию занижена, т.е. они не принимают себя со всеми своими «плюсами» и «минусами». Низкое самопринятие может быть связано с нарушениями пищевого поведения. Так, девочки страдающие ожирением не «принима-

ют», отвергают свое избыточное пищевое поведение, свою полноту, что, вероятно затрудняет принятие себя в целом. Но в то же время низкая способность к самопринятию обнаружена и в «группе риска». Корреляционный анализ показал в этой группе статистически достоверную прямую связь между самопринятием и самооценкой на уровне 99,9% (коэффициент корреляции 0,77 при минимальном 0,46 для P=0,001). Причем, самооценка у этих испытуемых нормальная, даже несколько выше, чем в контрольной группе. Таким образом могут быть взаимосвязаны такая самооценка, в том числе самооценка внешности, у девушек-манекенщиц, внешность которых считается эталонной, с низким самопринятием. Мы предполагаем, и это может стать предметом дальнейших исследований, что низкое самопринятие связано с завышенными требованиями к себе, со стремлением к сверхдостижениям, в частности и по отношению к своей внешности и фигуре, т.е. неспособность девушек из группы риска принимать себя как есть, с достоинствами и недостатками, может быть связана с перфекционизмом, со стремлением ко все большему «улучшению» фигуры и следовательно вести к нарушениям пищевого поведения (ограничениям в питании с целью коррекции фигуры).

По шкале синергии выявлены достоверные различия на уровне 95% между экспериментальной и контрольной группами (t=2,053 при $t_{крит}$= 1,991). Шкала синергии определяет способность человека к целостному восприятию мира и людей, к пониманию связанности противоположностей. У девушек с нарушениями ПП такая способность понижена, они менее синергичны.

Несмотря на эти различия, мы не можем утверждать, что самоактуализация девушек с нарушениями ПП понижена, так как различия по двум основным шкалам САТ не достигают статистических критериев значимости. Однако мы обратили внимание на корреляции между шкалами САТ во всех группах. Количество связей между шкалами сильно различаются по группам. Выявлено 34 корреляции в экспериментальной группе (12 – на уровне P=0,001, 10 – на уровне P=0,01 и 12 – на уровне P=0,05), 42 корреляции в группе риска (22 при P=0,001, 8 при P=0,01 и 12 при P=0,05) и 50 – в контрольной группе (24 – при P=0,001, 12 при P=0,01 и 14 при P=0,05). Очевидно, что внутренняя согласованность САТ в экспериментальной группе наименьшая, а в контрольной группе наибольшая. Такая слабая «связанность» показателей самоактуализации между собой в экспериментальной группе может говорить о неустойчивости такой сложной характеристики как самоактуализация, у девушек с нарушениями пищевого поведения.

Выявлены корреляции между шкалами САТ и самооценкой в каждой группе испытуемых. Во всех группах обнаружена связь между Шкалой поддержки и самооценкой (на уровне P=0,01 для экспериментальной группы и P=0,001 для группы риска и контрольной группы): степень независимости ценностей и поведения испытуемых от воздействия извне прямо связана с их самооценкой. Т.е. чем выше самооценка, тем человек более независим в своих поступках,

стремится руководствоваться в жизни своими собственными целями и убеждениями и менее подвержен внешнему влиянию, и наоборот. Коррелируют Шкала ценностных ориентаций и самооценка (на уровне Р=0,001 для экспериментальной и Р=0,01 для контрольной и группы риска), т.е. чем выше самооценка, тем в большей степени испытуемые разделяют ценности самоактуализации. Выявлены корреляции между Шкалой спонтанности и самооценкой (на уровне Р=0,05 в экспериментальной и контрольной группе и Р=0,001 в группе риска): спонтанность, как одна из характеристик самоактуализации, прямо связана с самооценкой. Т.е. чем выше самооценка у девушек, тем более им свойственно спонтанное поведение, способность непосредственно выражать свои чувства. Корреляции между самооценкой и Шкалой самоуважения (на уровне 0,001 во всех группах) рассматривались выше.

В группе риска выявлена корреляция Шкалы компетентности во времени с самооценкой (Р=0,05): чем выше самооценка испытуемых девушек-манекенщиц, тем в большей степени они живут «настоящим», и наоборот. Также в этой группе обнаружена корреляция Шкалы гибкости поведения с самооценкой (на уровне Р=0,01), а значит, чем выше самооценка у девушек, тем они более гибкие в поведении, взаимодействии с окружающими людьми, и наоборот. В группе риска также обнаружена связь (на уровне значимости Р=0,01) между самооценкой и Шкалой сензитивности к себе, т.е. степень ясности, с которой девушки отдают себе отчет в своих потребностях и чувствах, прямо связана с их самооценкой. Корреляции между Шкалой познавательной потребности и самооценкой выявлены в экспериментальной и контрольной группах (на уровне Р=0,01 и Р=0,001 соответственно). У этих испытуемых самооценка связана с познавательной потребностью, стремлением к получению знаний. А в группе манекенщиц такой связи не обнаружено. Обнаружены также корреляции между самооценкой красоты тела и Шкалой гибкости поведения, и между самооценкой красоты тела и Шкалой контактности в экспериментальной группе (на уровне Р=0,05). Это может говорить о том, что у девушек, страдающих ожирением, самооценка своего тела связана с гибкостью в поведении, взаимодействии с окружающими, со способностью к быстрому установлению глубоких, эмоционально-насыщенных отношений с людьми. Но самооценка красоты тела у этих испытуемых понижена, а это может влиять на общение, отношения с людьми, поведение по отношению к окружающим.

Таким образом, были выявлены значимые корреляции шкал САТ с самооценкой (по тесту Дембо-Рубинштейн и его модификации), как общие для всех групп испытуемых, так и отличающиеся.

В данной экспериментальной работе использовалась также анкета, касающаяся объективных данных испытуемых (пол, возраст, вес, род занятий) и особенностей их пищевого поведения, семейного воспитания пищевого поведения, отношения к своему телу и т.д. Данная анкета уже использовалась нами в предыдущем иссле-

довании, некоторые результаты которого тоже будут изложены в данной части. При статистической обработке анкеты для каждого пункта вычислялся процент испытуемых каждой группы, выбравших тот или иной вариант ответа. Достоверность различий между группами определялась с помощью F-критерия (углового преобразователя Фишера). Были выявлены следующие различия. Еда является «удовлетворением чувства голода» для 62% испытуемых экспериментальной группы и 34% – группы риска (достоверность различий на уровне P=0,01), а «удовольствием» для 16 и 53% соответственно (на уровне P=0,001) и «источником неприятных ощущений, мыслей, переживаний» для 6% из экспериментальной и «0» из контрольной группы. Т.е. у девушек с ожирением еда в большей степени служит для удовлетворения голода, а у манекенщиц – для удовольствия, причем, если у последних еда в основном вызывает приятные эмоции (удовольствие), то у девушек с ожирением – неприятные.

Таким образом, проведенные исследования показали, что девушки с ожирением склонны негативно оценивать свою внешность. По результатам теста «Автопортрет» более двух третей из них против половины из контрольной группы изображают себя только в виде лица, и наоборот, только 19% из экспериментальной группы против 40% из контрольной рисуют себя в полный рост. Очевидно, что девушки с булимией и ожирением склонны игнорировать изображение своей фигуры в связи с негативными эмоциональными переживаниями по поводу своего веса и полноты тела. Кроме того, они рисуют автопортрет схематически, а девушки без нарушений пищевого поведения – реалистически. Исследованным манекенщицам (моделям рекламного агентства) с объективным дефицитом массы тела свойственна отчетливая тенденция искажения изображения образа телесного Я, что позволяет отнести их к «группе повышенного риска по возникновению нарушений пищевого поведения».

Резюмируя выше приведенные данные, следует еще раз отметить тот факт, что высокая достоверность различий выявляется по изображению отдельных частей лица, в частности по показателю «наличие рта», который чаще присутствует в рисунках манекенщиц. Такое внимание ко рту может говорить об особом отношении к пище и структуре пищевого поведения. Возможно, ограничивая себя в питании, они тем не менее много думают о еде, сохраняют к ней большой интерес. Обращает на себя внимание показатель изображения ушей. Девушки с булимией и ожирением значительно реже рисуют уши, что можно трактовать как закрытость от восприятия внешнего мира, нетерпимое отношение к критике. По преобладанию показателя «наличие ресниц» можно предполагать, что манекенщицы склонны подчеркивать свою женственность, стремление быть привлекательной, что не свойственно девушкам с нарушениями пищевого поведения в виде булимии и ожирения. Руки, символизирующие контакт человека с окружающим миром, активность, преобладают в рисун-

ках манекенщиц с недостаточным весом. Ноги – символ опоры и устойчивости реже представлены в рисунках девушек с ожирением, что можно трактовать как присутствие чувства неустойчивости, отсутствия опоры в окружающем мире.

## *Сексуальные зависимости-парафилии (девиации и перверсии)*

Оценка диагностических критериев отклонений в сексуальном поведении человека наталкивается на ряд сложностей, поскольку имеются существенные разночтения в понимании сексуальной нормы. Под **сексуальными девиациями** понимается любое количественное или качественное отклонение от сексуальной нормы, а в понятие **нормы** включается поведение, соответствующее возрастным и полоролевым онтогенетическим закономерностям данной популяции, осуществляемое в результате свободного выбора и не ограничивающее в свободном выборе партнера (А.А.Ткаченко).

В сексологии принято разделять понятие **индивидуальной и партнерской норм**. *Индивидуальная* оценивается, как правило, с ориентацией на биологические особенности человека и включает такие виды сексуального поведения, как: 1) по непреднамеренным причинам не исключают и не ограничивают возможность осуществления генитально-генитальных взаимодействий, которые могут привести к оплодотворению; 2) не характеризуются стойкой тенденцией к избеганию половых (в том числе, сексуальных) контактов (Godlewski). Таким образом, индивидуальная норма нацеливается на анализ потенциальных возможностей человека к сексуальным контактам в силу анатомической и физиологической нормы, а также коммуникационных способностей индивида – его желания и умения выстраивать отношения с окружающими людьми, способствующие половым отношениям. В рамках *партнерской нормы*, которая определяется как: все виды сексуальной активности, сексуального поведения и сексуальных действий, имеющих место между двумя зрелыми лицами, принимаются обоими и направлены на достижение наслаждения, которые не вредят их здоровью и не нарушают норм общежития. Следовательно, в структуре партнерской нормы выделяется принципиально значение следующих критериев: 1) количество одновременно взаимодействующих партнеров, 2) их зрелость, 3) стремление к достижению обоюдного согласия, 4) отсутствие ущерба собственному здоровью и 5) здоровью и комфорту других людей. *Критерий количества одновременно взаимодействующих партнеров* нацеливает на парные сексуальные контакты, как соответствующие норме и адекватности в связи со значимостью, с одной стороны, принципа интимности для становления гармоничных сексуальных взаимоотношений, с другой, отсутствия стремления к избеганию любых партнерских связей. *Критерий зрелости* указывает на социально-психо-

логические характеристики, в частности, возможность понимать биологический и социальный смысл сексуальных действий и быть ответственным за их последствия. К критерию *стремления к достижению обоюдного согласия* относится осуществление свободного выбора места, времени и способа сексуального взаимодействия и не ущемления права свободного выбора партнера, т.е. обоюдное согласие находит отражение в совпадении «диапазонов приемлемости» и «сексуальных сценариев». В *критерий не причинения ущерба собственному здоровью* входит реальная самооценка человека в сфере собственных сексуальных способностей и исключение поведения, наносящего вред здоровью. *Критерий не причинения вреда здоровью и комфорту окружающих* (в том числе партнера) рассматривается как учет внешних социальных последствий сексуального действия человека, в частности циничного и оскорбляющего общественную нравственность.

Выделяют следующие векторы сексуальной ориентации, способные помочь в оценке нормального и аномального сексуального поведения (рис. 6).

Существенным для определения адекватности сексуального поведения считается *вектор интенсивности филии*, отражающий количественный показатель «силы» либидо безотносительно его направленности. К нему относят гипофилию и гиперфилию. *Вектор направленности (партнерства)* определяет выбор объекта сексуального влечения на основании различных параметров: возраста, пола, национальности и этнической принадлежности партнера, его профессии, социального статуса, одушевленности или неодушевленности объекта влечения, биологических и анатомических особенностей (человека, животного), количества партнеров, внешней или внутренней направленности и некоторые иные. *Вектор способа реализации* указывает на приоритетность тех или иных методов и средств достижения волюстических ощущений (оргазма), среди которых выделяются механические, психологические, физиологические. В рамках *вектора телесного образа* значимым, по мнению J.Money, является

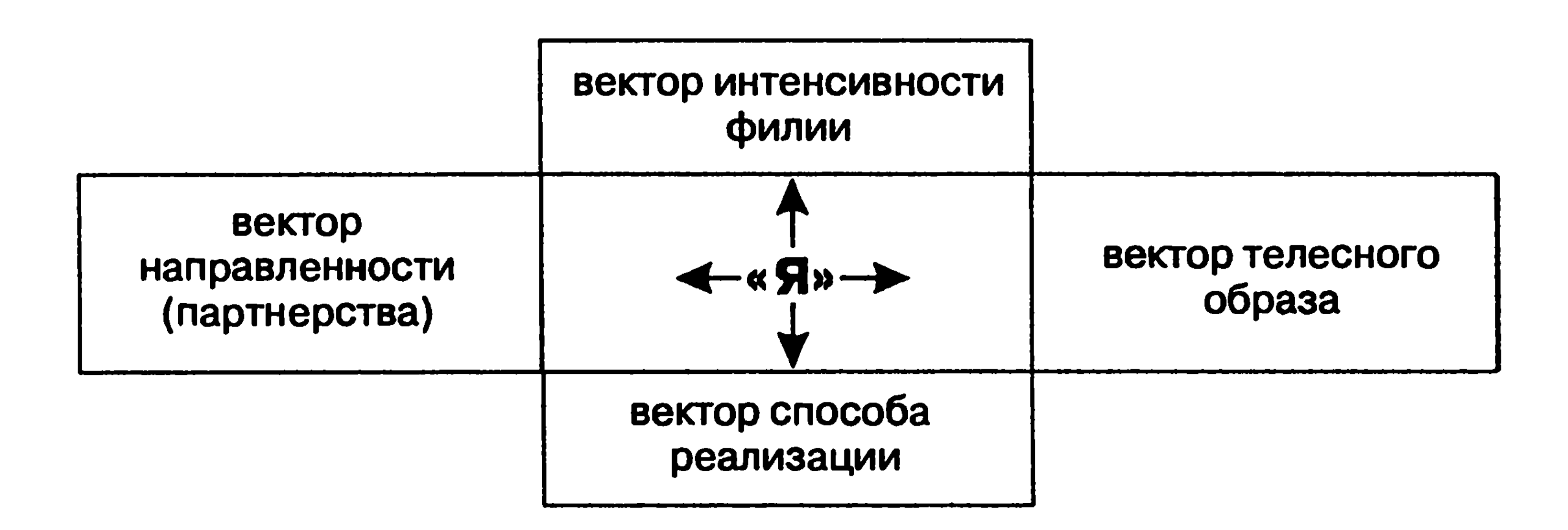



**Рис. 6.** Векторы сексуальной ориентации.

| | |
|---|---|
| Секс | Работа |
| Семья | Хобби |

**Рис. 7.** Сферы жизни человека.

процесс конкордантности образа тела натальному полу данного человека, т.е. существенным считается адекватная самоидентификация индивида и характер принятия или непринятия образа собственного тела. Каждая из перечисленных составляющих векторов может приводить к формированию разнообразных сексуальных девиаций или их комбинаций.

**Гиперсексуальность** является одной из базовых характеристик, способствующих формированию подавляющего большинства сексуальных девиаций и перверсий. Она характеризуется значительным повышением ценности сексуальной жизни для человека и вытеснением иных ценностей. Считается, что у человека существует четыре сферы жизни, которые формируют соотношение ценностей тех или иных видов деятельности (рис. 7).

В случае девиаций гиперсексуальное поведение становится не столько средством для достижения удовлетворения, но и самоцелью. Появляются разнообразные формы отклоняющегося от норм права, нравственности или эстетики сексуального поведения: *секс как унижение, секс как гордыня, секс как развлечение, секс как спорт, секс как работа, секс как коллекционирование и т.д.* В рамках гармоничности целями вступления человека в сексуальные контакты являются, как правило, *удовлетворение коммуникативной, прокреативной и рекреативной потребностей*, а мотивом – любопытство и интерес, альтруизм или эгоизм и т.д. При гиперсексуальности обычные цели и мотивы отходят на второй план, уступая место эгоистическому мотиву, и сексуальный контакт может использоваться в т.н. несексуальных целях. При девиантном сексуальном поведении человек склонен получать сексуальное удовлетворение, сочетая коитус с оскорблением и принуждением партнера к вступлению в сексуальный контакт в неподходящей (неприемлемой) для него форме, в нетрадиционное для него время или с неприносящей удовлетворения интенсивностью с полным игнорированием свободного выбора партнера. Сходное отклоняющееся поведение может быть направлено на удовлетворение гордыни человека. Вступление в сексуальные взаимодействия с целью поставить рекорд по количеству партнеров или по продолжительности одного контакта также носит характер девиации, формируя поведение по типу промискуитета (беспорядочных половых связей). В данном случае поиск объекта удовлетворения сексуального чувства приобретает навязчивый или сверхценный характер, и партнер может обесцениваться до уровня «персонифицированного возбуждающего объекта». Особо с позиции этики и нравственности выделяется прости-

туция, когда основной целью вступления в сексуальные связи становится корысть. Все вышеперечисленные формы отклоняющегося поведения формируются лишь на основе гиперсексуальной ориентации. Они выполняют роль ухода от скучной реальности в мир ярких и необычных сексуальных переживаний. Таким образом, гиперсексуальное поведение входит в структуру аддиктивного типа девиантного поведения, хотя может встречаться и при иных типах. Разновидностью гиперсексуального поведения является провоцирующее поведение без истинного желания вступить в интимные отношения. Такое поведение включает фривольность в высказываниях, сексапильность во внешности и манерах.

Выбор сексуального партнера в норме осуществляется с использованием возрастного фактора. Адекватной для взрослого человека считается направленность на лицо близкой к нему возрастной категории. Разброс границ обусловлен, с одной стороны, эстетическими критериями, при которых норма оценивается на основании «приличия» возрастной разницы сексуальных партнеров; с другой стороны, характеристикой зрелости. Выделяют ряд сексуальных девиаций, диагностика которых строится на несоответствии возрастной направленности влечения: *педофилия, эфебофилия, геронтофилия.*

**Педофилией** называется направленность сексуального и эротического влечения взрослого человека на ребенка. Человек с педофильной направленностью не находит полного сексуального удовлетворения в контактах со сверстниками и способен испытывать оргазм лишь при взаимодействии с детьми. Формы педофильных контактов различны – от редко встречающихся собственно коитальных до эксгибиционистских актов и петтинга. Данный вид сексуальных девиаций может быть представлен как в рамках патохарактерологического и психопатологического типов отклоняющегося поведения, так и при аддиктивном типе. Если в первых случаях мотивами выступают психопатологические симптомы и синдромы (деменция, изменения личности, акцентуации характера), то во втором – попытка испытать особые, необычные, яркие и новые для индивида переживания при контакте с ребенком.

Разновидностью сексуальной ориентации взрослого на лиц более молодого возраста является **эфебофилия** – влечение к подросткам. Мотивом поведения человека, склоняющегося к выбору в качестве партнера подростка, является часто «поиск непорочности», отсутствие сексуального опыта и смущение в интимной жизни подростка. Описан стиль сексуального влечения к девочкам-подросткам в сочетании с фетишизмом: объект обязательно должен быть, к примеру, «в школьной форме с фартучком». При эфебофилии по сравнению с педофилией повышается число собственно коитальных контакты взрослого с подростком. Эфебофилия может входит в структуру делинквентного, аддиктивного, патохарактерологического и психопатологического типов отклоняющегося поведения.

**Геронтофилия** заключается в сексуальном влечении к партнеру старческого возраста, при этом старческое тело играет роль своеоб-

разного фетиша (K.Imielinski). Как правило, встречается только у мужчин. Считается, что геронтофилия базируется на психопатологических симптомах и синдромах, в частности изменениях личности (органического, алкогольного генеза), деменции различного происхождения, психопатических проявлениях.

**Зоофилия** является сексуальной девиацией в рамках вектора направленности влечения. Под зоофилией понимают сексуальное влечение к совершению сексуальных действий с животным. При этом животное рассматривается человеком с зоофильной ориентацией как заместительный (викарный) или суррогатный сексуальный объект. Чаще всего при данном виде отклоняющегося поведения используется коитальный генитально-анальный контакт. Зоофилия рассматривается в качестве аддиктивного, патохарактерологического или психопатологического девиантного поведения. Из болезненных признаков, на базе которых формируется зоофилия, чаще других оказывается олигофрения, деменция и изменения личности при различных заболеваниях головного мозга. Из патологических характерологических радикалов – шизоидный и зависимый. Аддиктивное поведение в виде зоофилии встречается редко.

**Фетишизм, или сексуальный символизм** – одна из самых распространенных сексуальных девиаций характеризуется замещением объекта или субъекта сексуального влечения каким-либо символом (частью одежды, личным предметов), который оказывается достаточным для достижения сексуального возбуждения и оргазма. В качестве фетиша может выступать практически любая часть человеческого тела желанного (вожделенного) объекта (грудь, волосы, голень, ягодицы и пр.). Дифференциально-диагностическими критериями отграничения признаков фетишизма в рамках нормы и при девиации может служить появление самодостаточности и предпочтительности фетиша самому объекту. Различают такие разновидности фетишизма, как: *пигмалионизм* (фетишами являются картины, фотографии, статуэтки), *гетерохромия* (фетишем становится цвет кожи партнера), *ретифизм* (фетишем становится обувь), *фетишизм деформации* (фетишем становится уродливость человека), *некрофилия* (фетишем является мертвое тело). Фетишизм встречается при патохарактерологическом и психопатологическом типе отклоняющегося поведения, особенно часто при наличии в клинической картине заболевания или структуре характера шизоидных или психастенических черт.

**Нарциссизмом (аутоэротизмом)** обозначается направленность сексуального влечения на себя. Он проявляется самолюбованием, завышенной самооценкой, повышенным интересом к собственной внешности, половым органам, сексапильности. Часто нарциссизм сочетается с истерическими чертами характера и т.н. нарциссическим расстройством личности, выделяемым в американской классификации поведенческих расстройств. Наиболее существенным становится устойчивый паттерн претенциозности, убежденности в собственной неотразимости в сочетании с гиперсенситивностью к оценкам и критике со стороны окружающих. Такой человек склонен

рассматривать собственное тело в зеркале, фотографировать или снимать на видеопленку себя в обнаженном виде, имитируя при этом позы и действия порнозвезд.

**Инцестное поведение** характеризуется направленностью и склонностью к реализации сексуального влечения в контактах с кровными родственниками (чаще с сестрами, дочерьми, внучками). По мнению B.Justice и R.Justice, отцы склонные к инцестному поведению разделяются на пять групп: 1) симбиотические личности, стремящиеся к близости, чувству принадлежности; у них существует выраженная и неудовлетворенная потребность в эмоциональном тепле со стороны тех, кто мог бы быть близок им и поддерживал бы их; они не умеют достигать контакта и быть привязанными в ином, несексуальном смысле; 2) психопатические личности, ищущие в инцесте новизны и возбуждения, секс для них означает физическую стимуляцию, которую они стремятся получить от любого источника, в том числе от дочерей; 3) педофилы; 4) психически больные с бредовыми и галлюцинаторными расстройствами; 5) представители некоторых национальностей, у которых кровосмесительные отношения не запрещены традициями и религией.

В рамках вектора, оценивающего способы реализации сексуального чувства, представлены наиболее известные и яркие примеры девиантного поведения: *садизм, мазохизм, садомазохизм, эксгибиционизм, вуайеризм*. Именно они часто приводят к столкновению личности с окружением и законом, поскольку нарушают часто и правовые, и этические, и эстетические нормы.

**Садизм, мазохизм и садомазохизм** являются близкими друг к другу сексуальными девиациями, поскольку проистекают из гиперролевого поведения (маскулинного или фемининного) и включают сопряженность сексуального удовлетворения с насилием и агрессией, направленной либо на себя, либо на партнера, либо и на того, и на другого вместе. Садистическое поведение проявляется в стремлении подавлять сексуального партнера, унижать его, оказывать болевое и психологическое воздействие. Агрессивность у такого человека способствует более высокой степени сексуальных возможностей и наивысшего оргастического чувства. Чем в большей степени унижен, оскорблен и подавлен партнер – тем более яркие волюстические ощущения сопутствуют этому. Садизм как сексуальная девиация переплетается с удовлетворением потребности властвовать и доминировать в жизни, которая, однако, как правило, не полностью удовлетворяется. При мазохизме происходит обратный психологический процесс. Человек стремится быть униженным и подавленным. Лишь это способно вызвать у него оргазм. Часто у одного и того же человека представлены оба направления в удовлетворении сексуальной потребности (садомазохизм). Данные сексуальные девиации встречаются при любом типе отклоняющегося поведения.

**Эксгибиционизмом** называют сексуальную девиацию в виде достижения сексуального удовлетворения путем демонстрации собственных половых органов или своей сексуальной жизни окружаю-

щим. Суть эксгибиционизма – гиперкомпенсаторное преодоление чувства стыда в связи с обнажением с целью снятия эмоционального и сексуального напряжения. В таком случае эксгибиционистский акт следует рассматривать как эмоциональную разрядку после периода каких-либо внутриличностных проблем. Выделяют (Б.В.Шостакович, А.А.Ткаченко) несколько этапов эксгибиционистского акта: 1) подготовительный, при котором происходит внутренняя переработка и борьба мотивов; 2) этап нарушенного сознания и 3) этап выхода из состояния. Разновидностью эксгибиционизма является *кандаулезизм*, при котором достижение сексуального удовлетворения связано с демонстрацией окружающим обнаженной жены или сексуальной партнерши. Известно, что эксгибиционизм чаще встречается у лиц с ананкастическими чертами характера или при различных психических расстройствах, в частности в структуре маниакального синдрома. Имеется мнение о том, что эксгибиционистские акты родственны эпилептическим пароксизмам. При иных кроме психопатологического и патохарактерологического типах девиантного поведения он практически не встречается.

**Вуайеризм** – это форма девиантного сексуального поведения, заключающаяся в получении сексуального удовлетворения при подсматривании, подглядывании (или подслушивании) за процессом обнажения или сексуальной жизнью людей. Важной особенностью вуайеризма, также как и эксгибиционизма считается анонимность индивида, склонного к девиантному поведению. Нередко данные формы сексуальных отклонений сочетаются. Вуайеризм может входить в структуру аддиктивного поведения, а также быть признаком патохарактерологического и психопатологического типов отклоняющегося поведения.

Особую группу сексуально отклоняющегося поведения составляют девиации, при которых изменяется, с одной стороны, традиционная гетеросексуальная ориентация, с другой – имеется тенденция к нарушению идентификации собственного пола. К данной группе относят: *гомосексуализм, трансвестизм двойной роли и транссексуализм.*

Половой идентичностью обозначают (В.Е.Каган) соотнесение личности с телесными, психофизиологическими, психологическими и социокультуральными значениями маскулинности и фемининности, выделяя следующие формы: 1) базовая идентичность – соотнесение личности с традиционными, восходящими к филогенетическим, половым различиям, альтернативным представлениям о маскулинности/фемининности; 2) ролевая идентичность – соотнесение поведения и переживаний личности с существующими в данной культуре и в данное время полоролевыми стереотипами; 3) персональная идентичность – интегрирует первую и вторую и характеризует соотнесение личности с маскулинностью/фемининностью в контексте индивидуального опыта межличностного общения и совместной деятельности.

| Адекватная половая идентификация | | Инверсия половой идентификации |
|---|---|---|
| гомосексуализм | трансвестизм двойной роли | транссексуализм |

**Рис. 8.** Спектр половой индентификации.

Можно расположить сексуальные девиации, сгруппированные отношением к телесному образу, в спектре между адекватной половой идентификацией и нарушенной идентификацией (рис. 8).

Наиболее известным нетрадиционным для общества поведенческим сексуальным стереотипом является **гомосексуальное поведение**. Под гомосексуализмом понимают сексуальную ориентацию человека, направленную на лиц своего пола без существенного изменения идентификации собственного пола. По мнению Brautigam, гомосексуализм делится на четыре группы:

а) псевдогомосексуализм, при котором выбор гомосексуального партнера делается на основе несексуальных мотивов (материальных выгод, желания унизить человека и т.д.).

б) гомосексуализм периода развития.

в) гомосексуализм, обусловленный различными задержками психического развития, и входящий в структуру психических расстройств.

г) истинный гомосексуализм, обусловленный гомосексуальными наклонностями.

Вследствие многообразия и неоднозначности перечисленных разновидностей гомосексуализма, можно говорить и о неоднородности поведенческих проявлений. Наиболее значимым является поведение лиц с истинным гомосексуализмом. Отметим, что назвать подобное поведение болезненным или патохарактерологическим было бы неправомерно, поскольку гомосексуальная ориентация человека и вытекающее из нее поведение не обусловлено патологическими механизмами, а является лишь особым нетрадиционным видом человеческого поведения, разновидностью нормы. Однако учитывая высокую общественную значимость гомосексуального поведения, логично рассматривать некоторые его непатологические разновидности в рамках аддиктивного поведения. Суть гомосексуальной аддикции – поиск нового, неапробированного человеком способа достижения сексуального удовлетворения в случаях, когда иные способы перестают быть результативными. Оно противопоставляется псевдогомосексуальному поведению, которое может быть отнесено к делинквентному типу отклоняющегося поведения, и двум иным разновидностям гомосексуализма, вызванным психической патологией.

При гомосексуализме не происходит нарушений половой идентификации. Человек осознает принадлежность к полу, в котором существует и не нацелен на смену пола в отличие от поведения

при транссексуализме. Существенных отклонений в структуре истинного или аддиктивного гомосексуализма не наблюдается. Человек критичен по отношению к тому, что его сексуальная ориентация является нетрадиционной и оппозиционно воспринимается большинством членов общества, в том числе близкими родственниками и знакомыми людьми. Вторично возможно возникновение иных нарушений поведения в связи с формированием у человека внутриличностного конфликта из-за разнонаправленности внутренних устремлений и внешних требований к проявлениям сексуальности. Такой тип гомосексуализма обозначается *эго-дистоническим*. Если же у человека обнаруживается спаянность личности с нетрадиционным сексуальным влечением, уходом от реальности, игнорированием мнения и отношения общества, постепенным упрощением отношения к самому себе говорят об *эго-синтоническом* типе гомосексуализма. Характерными внешними проявлениями последнего являются: эпатирование окружающих людей нарочито сексуальным поведением, использованием манер, одежды и внешних признаков лиц противоположного пола, возведение собственной нетрадиционной сексуальной ориентации в культ, подчинение ей всех иных ценностей жизни. Именно эгосинтонический тип гомосексуализма можно отнести к аддиктивному отклоняющемуся поведению.

Для сексуальной девиации, называемой **трансвестизмом двойной роли** характерно ношение одежды противоположного пола с целью получения сексуального удовлетворения от временного ощущения своей принадлежности к противоположному полу, но без желания более постоянного изменения пола или связанной с этим его хирургической коррекции.

При **транссексуализме** существенно в отличие от трансвестизма двойной роли нарушается половая идентификация, и человек осознает себя представителем противоположного пола, вследствие чего выбирает соответствующий способ и манеры поведения. Он активно нацелен на хирургическую коррекцию пола с целью снятия внутриличностного конфликта и дискомфорта, обусловленного несоответствием осознания половой роли и внешне навязываемыми ему стереотипами поведения. Трансвестизм и транссексуализм не являются признаками аддиктивного типа отклоняющегося поведения, чаще входя в структуру патохарактерологического или психопатологического типов. Однако механизмы их формирования могут выходить за рамки перечисленных.

Учитывая тот факт, что гомосексуальная ориентация может служить моделью психологической зависимости, нами (В.Д.Менделевич, З.Ф.Яруллина) проведено экспериментально-психологическое обледование 40 мужчин в возрасте от 20 до 30 лет с гомосексуальной ориентацией. Во вторую (контрольную) выборку вошли 40 мужчин в возрасте от 20 до 30 лет с гетеросексуальной ориентацией. Исследование проводилось с помощью стандантартизированного многофакторного метода исследования личности (СМОЛ), 16-факторного оп-

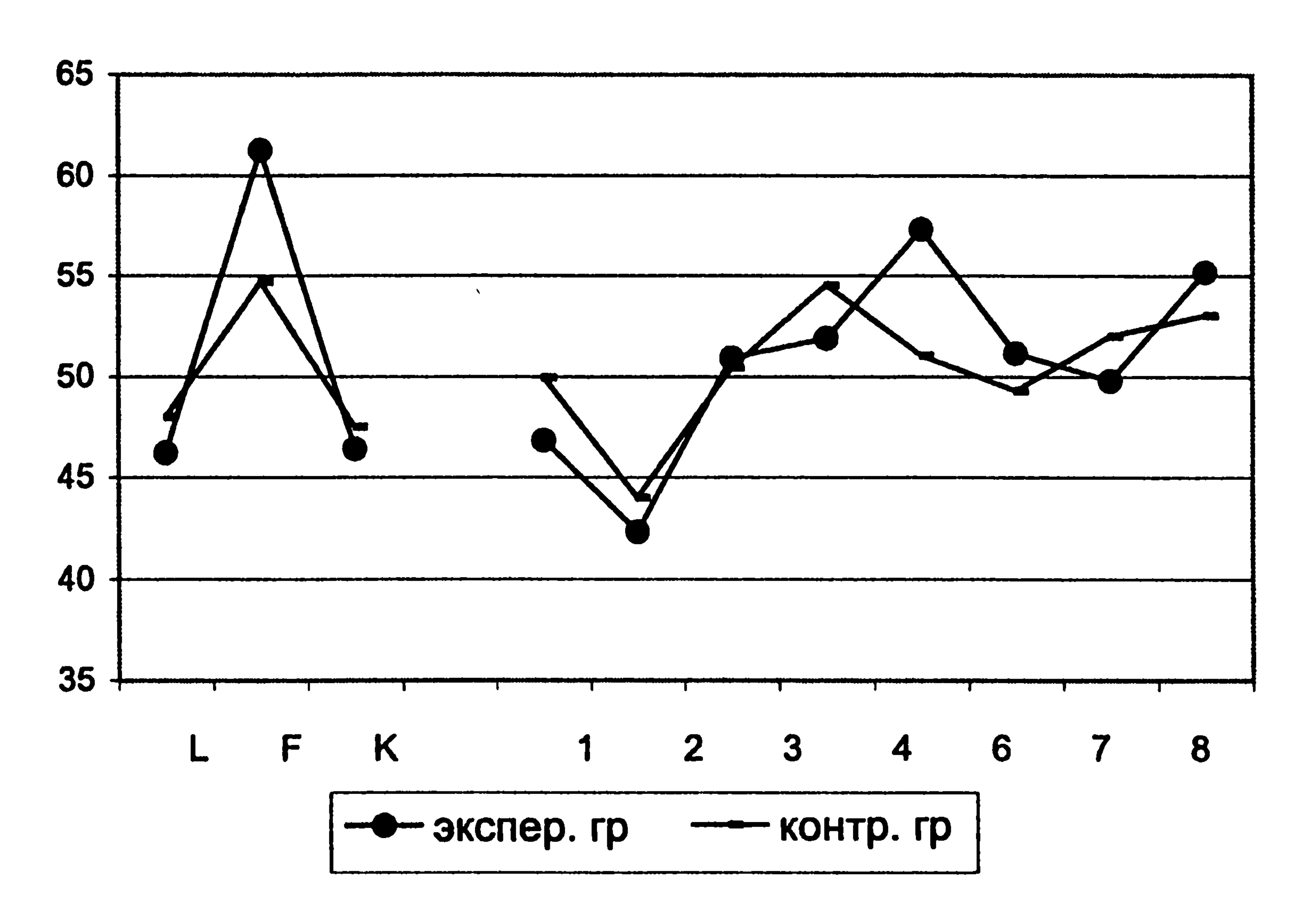



**Рис. 9.** Сравнение средних показателей по СМОЛ.

росника Р.Кэттелла и шкалы оценки уровня реактивной и личностной тревожности (Ч.Д.Спилбергера, Ю.Л.Ханин).

Сравнительный анализ показателей по Т-критерию Стьюдента показал (рис. 9), что мужчины с гомосексуальной ориентацией достаточно выражено отличаются по показателям всех методик от мужчин с гетеросексуальной ориентацией. По шкале достоверности теста СМОЛ у мужчин с гомосексуальной ориентацией наблюдались достоверные различия ($t=3,340$ при $p<0,01$), что свидетельствовало о том, у мужчин с гомосексуальной ориентацией отмечается избыточная старательность, самокритичность и откровенность, а также чрезмерной взволнованности в момент тестирования или стремлением продемонстрировать психологу неординарность (своеобразие) своей личности.

**По шкале ригидности отмечено** различие ($t=2,754$ при $p<0,01$), что указывает на то, что мужчины с гомосексуальной ориентацией отличаются аналитическим складом мышления; целостным стилем восприятия реальности, способностью на основании минимальной информации воссоздавать целостный образ; высокой потребностью в актуализации своей индивидуалистичности устойчивостью интересов, упорством в отстаивании собственного мнения.

**По шкале «личностной тревожность» теста Спилбергера** наблюдались различия ($t=2,724$ при $p<0,01$). У мужчин с гомосексуальной ориентацией ЛТ оказалась выше, чем у мужчин гетеросексуальной ориентацией (рис. 10).

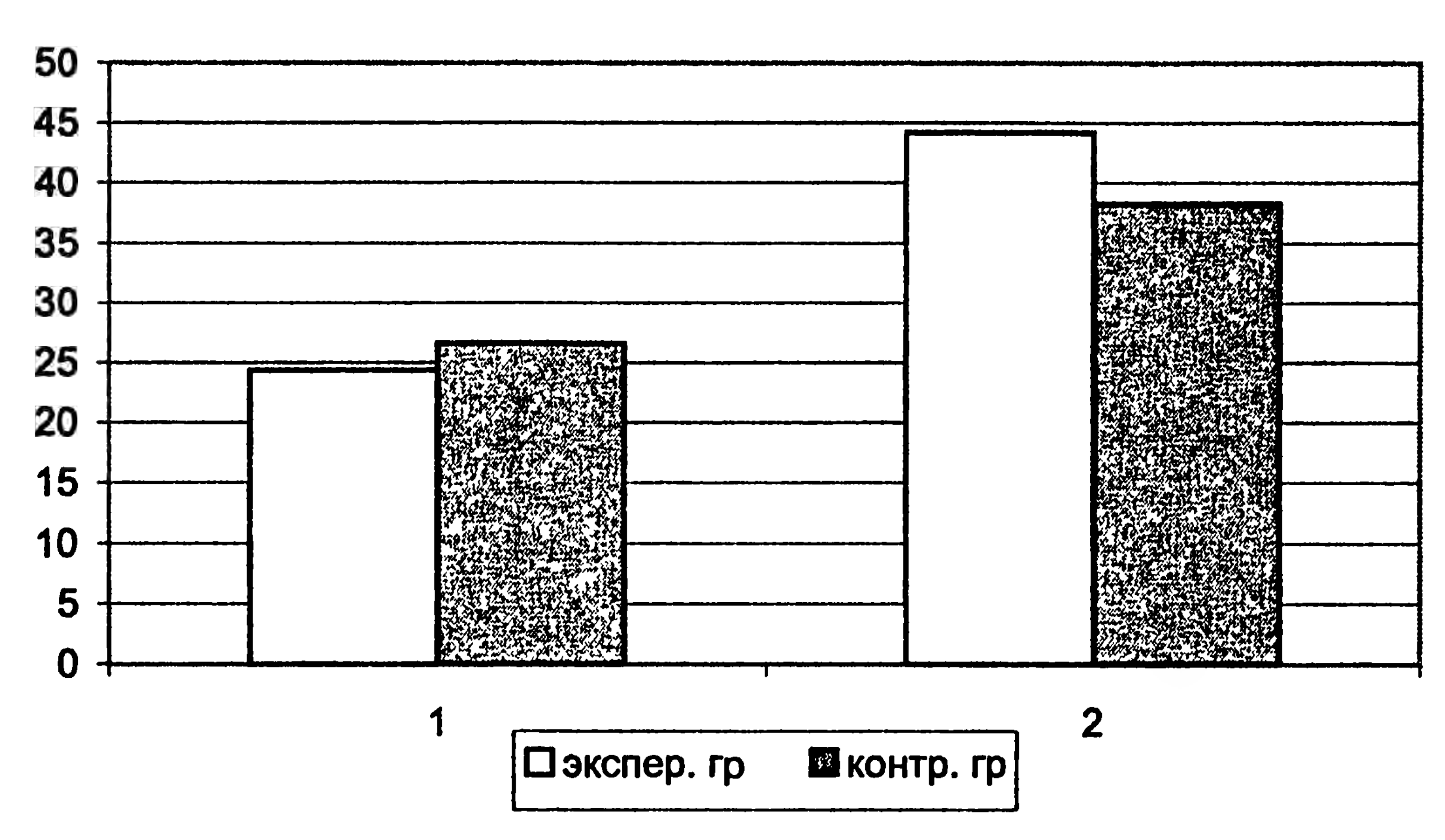



**Рис. 10.** Сравнение средних показателей по РТ и ЛТ.

По шкале «замкнутости-общительности» теста Кеттелла наблюдались видимые различия (t =4,682 при p<0,001), что указывало на то, что мужчины с гомосексуальной ориентацией более открыты и добросердечны, общительны и добродушны. Им свойственна внимательность, доброта, мягкосердечность в отношениях. Они охотно работают с людьми, активны, испытывают яркие эмоции. По **шкале «низкий-высокий интеллект» теста Кеттелла** отмечены достоверные различия (t =6,099 при p<0,001). Мужчинам с гомосексуальной ориентацией свойственны конкретность и некоторая ригидность мышления, может иметь место эмоциональная дезорганизация мышления (рис. 11). По **шкале «зависимости-доминантности»** также отмечен высокий уровень достоверности (t =6,121 при p<0,001). Мужчины с гомосексуальной ориентацией более застенчивы, склонны «уступать дорогу другим». Часто оказываются зависимыми, берет вину на себя, тревожатся о возможных своих ошибках. Им свойственна тактичность, безропотность, почтительность и т.д.

Высокий уровень достоверности был отмечен и по шкале «робости-смелости» (t=6,121 при p>0,001). Мужчинам с гомосексуальной ориентацией характерна неустойчивость поведения в стрессовых ситуациях. Они имеют сверхчувствительную нервную систему, потому остро реагируют на любую угрозу. Зачастую они считают себя крайне робкими, неуверенными в своих силах. По **шкале «суровость-мягкосердечность»** обнаруживался высокий уровень достоверности (t=4,325 при p<0,001). Можно предполагать, что гомосексуалистам свойственна мягкость, устойчивость, зависимость, утонченность, склонность к романтизму, артистичность натуры, женственность, художественность восприятия мира. В поведении проявляют черты театральности, тревожности. Высокие оценки по этому фактору имеют художники, артисты, музыканты.

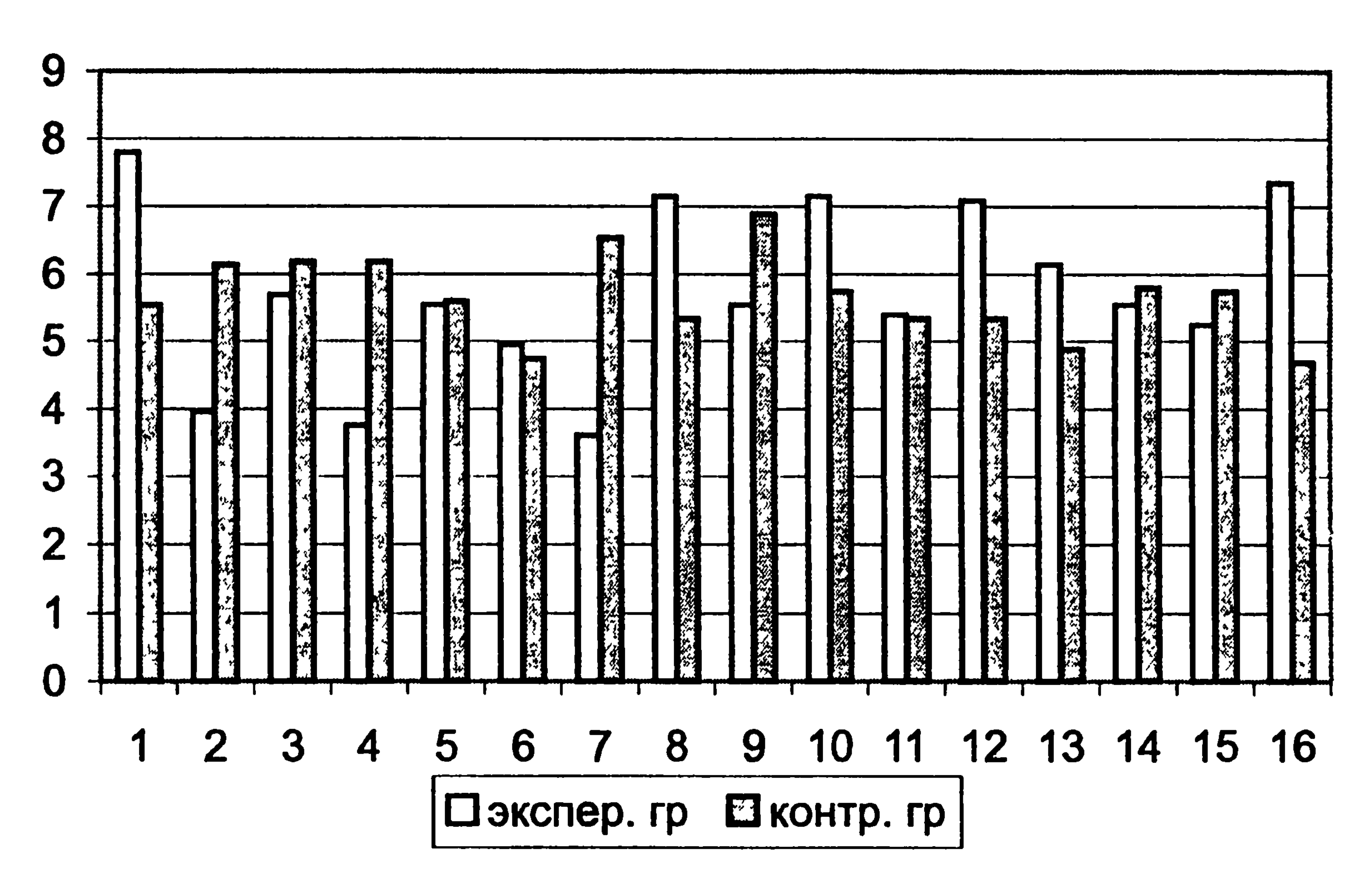



**Рис. 11.** Сравнение средних показателей по Кеттеллу.

**Результаты по шкале «доверчивость-подозрительность»** продемонстрировали высокий уровень достоверности различий между основной и контрольной группами (t=4,760 при p<0,001), что может указывать на то, что гомосексуалисты более уживчивы в коллективе, веселы, откровенны, доверчивы, благожелательны по отношению к другим людям. По **шкале «практичность-мечтательность» зарегистрированы** достоверные различия (t=4,419 при p<0,001). Можно предположить, что гомосексуалистам присущи богатое воображение, фантазии, для них характерны аутизм, самобытное мировоззрение, мечтательность, творческое воображение, неповторимая манера поведения, игнорирование общепринятых норм. Они эксцентричны, своеобразны, ориентированы на собственные желания. Из-за направленных на себя интересов, чаще всего такие люди отвергаются группой. Среди таких лиц есть немало людей одаренных. (График 1в. (10)). По **шкале «уверенность в себе – тревожность» отмечены** достоверные различия (t=4,653 при p<0,001). Мужчины с гомосексуальной ориентацией более тревожны, депрессивны, ранимы, впечатлительны; тяготятся дурными предчувствиями, неизменно чем-нибудь озабочены. По **шкале «консерватизм-радикализм»** также существуют достоверные различия (t =3,236 при p<0,001). Мужчины с гомосексуальной ориентацией имеют разнообразные интеллектуальные интересы, стремятся быть хорошо информированными по поводу научных и политических проблем, но никакую информацию не принимают на веру, радикальны. Ко всему относятся скептически, не доверяют авторитетам. Легко меняют свою точку зрения, спокойно воспринимают новые идеи и перемены. Отличаются критичностью

мышления, терпимостью к неясностям. По **шкале «нефрустрированность-фрустрированность»** обнаружен очень высокий уровень достоверности ($t=8,560$ при $p<0,001$). Высокие оценки свидетельствуют о наличии у мужчин с гомосексуальной ориентацией напряженности, возбужденности, неудовлетворенных стремлений. Для них так же характерны эмоциональная неустойчивость, раздражительность, нетерпеливость.

Таким образом, можно утверждать, что зависимость от гомосексуальной направленности либидо базируется на специфических личностных особенностях.

### *Интернет-зависимость*

Выделяют психологические и физические признаки Интернет-аддикции. К психологическим и эмоциональным относят: 1) Предвкушение нового сеанса Интернета (воспоминание о прошлых подключениях к сети и/или планы на следующую on-line сессию), 2) Необходимость использовать Интернет все большее количество времени для того, чтобы достигнуть целей, 3) Повторные безуспешные попытки контролировать, сокращать, или прекратить использование Интернета, 4) Ощущение усталости, депрессия, дискомфорт в период сокращения или прекращения использования Интернета, 5) Продление Интернет-сеанса дольше, чем это объективно необходимо, 6) Растущий риск потери важных семейных и социальных связей, работы, образования или карьеры в связи с использованием Интернета, 7) Ложь членам семьи, или другим лицам с целью скрыть чрезмерное увлечение Интернетом, 8) Использование Интернета в качестве пути бегства от проблем или облегчения тяжелых эмоций (чувства беспомощности, ярости, тревожности, депрессии), 9) Чувство эйфории в период общения с компьютером, 10) Неспособность остановить Интернет-сеанс. К физическим симптомам причисляют сухость глаз, сильные головные боли, боли в спине, нерегулярное питание, пропуск приемов пищи, ослабевание внимания к личной гигиене, расстройства сна, изменения сновидений.

По мнению J.Suler, Интернет разделяет жизнь и личность индивидуума сразу по двум направлениям. Во-первых, люди имеют тенденцию отделять их существование – онлайн от реальной жизни. В Интернет можно общаться с такими людьми, входить в такие группы и заниматься такими видами деятельности, которые являются весьма отличными от того, с чем сталкивается человек в реальной жизни. Для некоторых людей эти два мира существуют обособленно и независимо друг от друга. Во вторых, люди могут легко присоединяться к любой из тысяч различных групп в Интернет, каждая из которых имеет специализацию по отдельной теме или деятельности.

Явление Интернет-зависимости начало изучаться в зарубежной психологии с 1994 года. Интернет-зависимость определяется как «навязчивое (компульсивное) желание выйти в Интернет, находясь off-line, и неспособность выйти из Интернет, будучи on-line». Исследователи приводят различные критерии Интернет-зависимости. Кимберли Янг приводит 4 симптома ИЗ: 1. Навязчивое желание проверить e-mail; 2. Постоянное ожидание следующего выхода в Интернет; 3. Жалобы окружающих на то, что человек проводит слишком много времени в Интернет; 4. Жалобы окружающих на то, что человек тратит слишком много денег на Интернет.

По мнению И.Голдберг, Интернет-зависимость можно диагностировать при наличии 3 или более пунктов из следующих: *Толерантность*: а) количество времени, которое нужно провести в Интернет, чтобы достичь удовлетворения, заметно возрастает, б) если человек не увеличивает количество времени, которое он проводит в Интернет, то эффект заметно снижается. *Синдром отказа*: а) характерный «синдром отказа» в виде прекращения или сокращения времени, проводимого в Интернете, б) два или больше из следующих симптомов, которые развиваются в течение периода времени от нескольких дней до месяца – психомоторное возбуждение, тревога, навязчивые размышления о том, что сейчас происходит в Интернет, фантазии или мечты об Интернет, произвольные или непроизвольные движения пальцами, напоминающие печатание на клавиатуре.

М.Гриффитс делит Интернет-зависимых на две группы, выделяя аддиктов (зависимых) первого и второго порядков. Аддикты первого порядка чувствуют себя в приподнятом настроении во время игры. Они любят играть группами в сети, получают позитивное подкрепление со стороны группы, когда становятся победителями и именно это является для них главным. Компьютер для них – средство получить социальное вознаграждение. Аддикты второго порядка используют компьютер для бегства от чего-либо в своей жизни, и их привязанность к машине – симптом более глубоких проблем (например, физические недостатки, низкое самоуважение и т.д.).

Считается, что Интернет-зависимость – это широкий термин, обозначающий большое количество проблем поведения и контроля над влечениями. Основные пять типов (по Янгу) характеризуются следующим образом:

1. Киберсексуальная зависимость – непреодолимое влечение к посещению порносайтов и занятию киберсексом.

2. Пристрастие к виртуальным знакомствам – избыточность знакомых и друзей в Сети.

Навязчивая потребность в Сети – игра в онлайновые азартные игры, постоянные покупки или участия в аукционах.

Информационная перегрузка (навязчивый web-серфинг) – бесконечные путешествия по Сети, поиск информации по базам данных и поисковым сайтам.

Компьютерная зависимость – навязчивая игра в компьютерные игры.

### Фанатизм

Увлечение какой-либо деятельностью, достигающей крайней степени выраженности с формированием культа и создания идолов с полным подчинением человека и «растворением» индивидуальности, носит название **фанатизма**. Чаще фанатичное отношение формируется в таких сферах, как *религия* (религиозный фанатизм), *спорт* (спортивный фанатизм) и *музыка* (музыкальный фанатизм). Общей характеристикой фанатизма является выработка человеком стереотипа подчинения собственных интересов и устремлений интересам конфессии, команды, музыкального коллектива, сосредоточение внимания и сил на поддержке идола и оказания всемерной и активной помощи, миссионерская деятельность. В рамках девиантного поведения в виде фанатизма человек начинает действовать по психологическим законам группы и ведомого человека, он не способен критично отнестись к высказываниям кумира, идола и осознать отклонения собственного поведения, которое может заключаться в отрыве или уходе из семьи, игнорировании работы.

Особое место в психологии девиантного поведения в связи с социально-психологической значимостью последствий занимает *религиозный фанатизм*. Разрушение семей, разрыв родственных и дружеских связей, резкая и кардинальная смена стереотипа жизни человека ставят эту проблему на одно из первым мест по значимости. Наибольший интерес представляет психологический аспект веры, позволяющий анализировать механизмы формирования фанатичного поведения, становление аномалий и отклонений от этно— и социокультуральной норм, изучение изменений, происходящих в личности под воздействием религиозной общины.

Характерной особенностью религиозной веры является признание существования сверхъестественного, под которым понимается нечто, не подчиняющееся законам окружающего мира, лежащего «по ту сторону» чувственно воспринимаемых объектов. Особую роль играет феномен «избранности», формирующий, с одной стороны, чувство идентификации с группой единомышленников, «посвященных в тайну»; с другой, укрепляющий чувство превосходства над другими (непосвященными) людьми.

Наиболее благоприятной почвой для возникновения отклоняющегося поведения считается сектантство. Последователи христианства считают, что секта — это «организованное общество людей, разномыслящих с ...церковью, но согласных друг с другом в религиозном отношении» (Б.А.Любовик). Не существует однозначной трактовки понятия секта, поскольку межконфессиональное противостояние носит принципиальный характер. По мнению представителей «больших (старых, склонных к монополизации веры)» религий отличительная черта секты заключена в том, что она в своих воззрениях отличается от главенствующей, не является официальной и широкораспространенной в конкретной стране религией. Подобную

точку зрения нельзя признать обоснованной. Можно согласиться с тем, что тоталитарные религиозные секты применяют в своей практике жесткие психологические методы воздействия, что выражается в сознании у человека состояния повышенной внушаемости за счет физического и психического истощения, социальной депривации, использования трансовых состояний и т.д. В нетрадиционных религиях, как правило, большую роль играет эмоционально-психологическая сторона, оттесняющая на задний план вероучение. Это выражается в провозглашении приоритета религиозного переживания. Большое значение придается «боговдохновленной» форме проявления чувств и поведения верующего как свидетельству подлинной и глубокой религиозности человека. Спонтанные проявления религиозных чувств, особенно состояния транса, экстаза, интерпретируется как «просветление», как приобщение к божественной реальности, к которым и стремятся адепты религиозной группы (А.Ю.Егорцев).

По мнению В.В.Павлюка, религиозная секта воспитывает у своих членов «реакцию избегания», вследствие которой верующий непроизвольно, как бы автоматически, избегает тех действий, которые не одобряются группой. Привитая в ходе общения и воспитания в религиозной группе такая эмоциональная реакция блокирует возможность отступления от принятых в группе норм. Подкреплением для «реакции избегания» выступают определенные религиозные санкции со стороны группы в целом, либо ее лидеров в виде неодобрения, осуждения. Чувство общности, объединенности с другими членами группы может быть весьма реальным психологическим фактором в религиозной группе. Угроза применения или пример применения в прошлом мер осуждения, отчуждения вызывает чувство опасения быть отверженным группой и тем самым выступает своеобразным психологическим стражем отступления от регламентированных норм повседневной жизни верующего.

Характерными особенностями воздействия тоталитарных сект на личность считаются (А.Ю.Егорцев):

1) установление жесткого контроля над волей, сознанием и чувствами членов секты (жесткая дисциплина; внушение чувства вины перед организацией; психологическое давление на тех, кто хочет порвать с сектой);

2) формирование психологической зависимости от лидера и организации (подавление способности к критическому мышлению; требование разрыва с критически настроенными людьми; ограничение круга общения только членами секты; отсутствие свободного времени, личной жизни вне общины).

В рамках религиозной секты формирование религиозного фанатизма существенно облегчается, поскольку лидером и самой общиной с помощью длительных и интенсивных психологических воздействий формируется готовность не сомневаться в правильности или неправильности собственного поведения, снимается ответственность за него и как следствие волевой контроль собственной де-

ятельности. Человек начинает действовать в соответствии с поведенческим шаблоном, навязанным группой.

Одним из актуальных, теоретически и практически значимых является вопрос о личностных особенностях, предрасполагающих к вовлечению индивида в религиозную секту, о соотношении внутренних устремлений личности, религиозной толерантности и необходимой степени активной психологической «вербовки» для становления религиозного фанатизма. Известно, что особую группу риска составляют личности, занятые интенсивными духовными поисками, стремящиеся к «полной и абсолютной Истине» (часто понимаемой как простые и однозначные ответы на сложные вопросы), а также индивиды с художественным складом мышления.

R.J.Lifton выделяет восемь элементов, приводящих к катастрофическому изменению сознания человека в религиозной группе:

1) контроль окружающей обстановки (среды) – жесткое структурирование окружения, в котором общение регулируется, а допуск к информации строго контролируется;

2) мистическое манипулирование – использование запланированной или подстроенной «спонтанной», «непосредственной» ситуации для придания ей смысла, выгодного манипуляторам. Например, физиологические и психологические изменения при переходе на вегетарианское питание объясняются «нисхождением святого духа».

3) требование чистоты – четкое деление мира на «чистый» и «нечистый», «хороший» и «плохой». Тоталитарная секта – «хорошая» и «чистая», все остальное – «плохое» и «грязное».

4) культ исповеди – требование непрерывной исповеди и интимных признаний для уничтожения «границ личности» и поддержания чувства вины.

5) «святая наука» – объявление своей догмы абсолютной, полной и вечной истиной. Любая информация, которая противоречит этой абсолютной истине, считается ложной.

6) нагруженный (культовым смыслом) язык – создание специального клишированного словаря внутригруппового общения с целью устранения самой основы для самостоятельного и критического мышления.

7) доктрина выше личности – доктрина более реальна и истинна, чем личность и ее индивидуальный опыт.

8) разделение существования – члены группы имеют право на жизнь и существование, остальные – нет, т.е. «цель оправдывает любые средства».

По мнению Е.Н.Волкова, личность в культе переживает и проживает не свой индивидуальный «опыт», она переживает групповой «опыт», отсюда – сильная зависимость от групповых процессов. Ответственность за принятие решений переносится с конкретной личности на группу, поэтому самые нелепые и странные решения воспринимаются и выполняются рядовыми членами как должное. В процессе приобщения человека к групповым нормам тоталитарной секты происходит формирование феномена «удвоения» личнос-

ти (Р.Лифтон), сутью которого является разделение «Я» индивида на две независимо функционирующие системы. При этом люди не испытывают чувства эмоционального дискомфорта или неустойчивости. Они не склонны к критическому осмыслению собственного положения и склонны совершать какие-либо поступки при ослабленном волевом контроле.

Разделение происходит потому, что в определенный момент член культовой группы сталкивается с тем фактом, что его новое поведение несовместимо с докультовым «Я». Поведение, требуемое и вознаграждаемое тоталитарной группой, настолько отличается от «старого «Я», что обычной психологической защиты (рационализации, вытеснения и т.п.) недостаточно для жизненного функционирования. Все мысли, убеждения, действия, чувства и роли, связанные с пребыванием в деструктивном культе, организуются в независимую систему, частичное «Я», которое полностью согласуется с требованиями данной группы, но происходит это не по свободному выбору личности, а как инстинктивная реакция самосохранения в почти невыносимых – психологически – условиях (Е.Н.Волков).

Исследования R.J.Lifton привели к пониманию того факта, что практически каждая личность в условиях массированного группового давления и манипулирования базисными человеческими потребностями способна к формированию девиантного поведения в виде религиозного фанатизма. Предрасполагающим фактором к этому может становиться низкая коммуникативная толерантность, семейные традиции магического и мистического мышления, некоторые характерологические и личностные особенности.

Под влиянием психологических воздействий тоталитарной секты у человека со сформировавшимся девиантным поведением, в первую очередь, происходит изменение всех четырех формальных признаков сознания (по К.Ясперсу). У него нарушается: 1) чувство деятельности – осознание себя в качестве активного существа; 2) осознание собственного единства: в каждый данный момент я сознаю, что я един; 3) осознание собственной идентичности: я остаюсь тем, кем был всегда; 4) осознание того, что «Я» отлично от остального мира, от всего, что не является «Я».

Многообразие психических феноменов, возникающих в результате пребывания человека под культовым контролем и кардинально изменяющих его поведение в сторону аномалий и девиаций, можно сгруппировать в следующие восемь блоков (рис. 12):

1) *Блок изменения сознания и самосознания* (нарушение самосознания и идентичности личности).

2) *Блок аффективных феноменов-расстройств* (психопатологические эмоциональные состояния (переживания) в рамках посттравматического стрессового расстройства: депрессия, панические атаки, навязчивые воспоминания и сны и т.д.).

3) *Блок инверсии двигательно-волевой сферы* (снижение волевой активности (апатия), способности контролировать свою деятельность, утрата спонтанности и естественности).

| | | |
|---|---|---|
| блок изменения сознания и самосознания | блок регресса личности | блок патологической зависимости |
| блок аффективных феноменов | ◄«Я»► | блок перцептивных феноменов |
| блок инверсии двигательно-волевой сферы | блок коммуникативных девиаций | блок мыслительных аномалий |

**Рис. 12.** Структура влияния на личность религиозных культов.

4) *Блок патологической зависимости* (формирование психологической зависимости от религиозной группы, утрата способности быть ответственным за что-либо и автономным в принятии решений).

5) *Блок регресса личности* (остановка интеллектуального, когнитивного, эмоционального, нравственного развития, сопровождающаяся развитием психического инфантилизма).

6) *Блок перцептивных феноменов* (иллюзии, галлюцинации, нарушения схемы тела, восприятия времени).

7) *Блок мыслительных аномалий* (использование т.н. аффективной логики, утрата критичности, склонность к образованию сверхценных и бредовых идей).

8) *Блок коммуникативных девиаций* (замкнутость, отчужденность, аутизация, неспособность устанавливать доверительные отношения, утрата эмпатичности и навыков социального общения).

Мотивы отрыва человека от реальности и ухода в группу (религиозную, спортивных или музыкальных фанатов), подчинения себя идеи и лидеру могут быть различными. Одним из мотивов могут стать психологические проблемы, с которыми индивид справиться самостоятельно не способен или считает, что не способен. Как правило, данный мотив основывается на психопатологических симптомах и синдромах, патологии характера или внутриличностном невротическом конфликте. Его уход в группу фанатиков обусловлен снятием с себя ответственности за принятие решений по многим жизненным проблемам, желанием стать ведомым, искоренить в себе сомнения и неуверенность. Другим мотивом фанатичного поведения в группе может быть стремление уйти от однообразной, не вызывающей радости и эмоционального отклика реальности. Кумир, идол, идея, ритуал, причастность к какой-либо тайне или социальной группе, обретение новых переживаний становятся своеобразными аддиктами.

К сверхценным психологическим увлечениям при девиантном поведении относится деятельность, посвященная проповедованию тех или иных мистических традиций, эмоциональная поглощенность и **следование традициям экстрасенсорики и эзотерики — парапсихологическая зависимость.** Сутью подобного девиантного поведения является убежденность в том, что действиями, переживаниями и

даже сознанием человека управляют «неведомые силы». Адепты экстрасенсорики убеждены в существовании «сверхъестественных» феноменов и процессов, вызывающих те или иные болезненные патологические проявления индивида на уровне соматики или психики. Основой парапсихологических воззрений становятся остающиеся нераспознанными феномены психической деятельности человека, которые трактуются как *экстрасенсорные, биоэнергетические.* По мнению А.П.Дуброва и В.Н.Пушкина, *биогравитация* – это способность человека создавать, излучать и воспринимать определенный вид физического поля, имеющего специфическую квантово-импульсную природу, сходную с гравитацией, и в то же время имеющие свои «особые черты».

Все обоснования существования биоэнергетики в настоящее время носят гипотетический характер и поэтому могут рассматриваться лишь как одна из версий возможной трактовки происходящих в человеке психических и психосоматических процессов и не могут приниматься за факты. Лица, поведение которых базируется на парапсихологических воззрениях и постулатах экстрасенсорики, не принимают во внимание принципиально важное научное мировоззрение и способ доказательства чего бы то ни было в сфере познания. Они настаивают и в этом вопросе на привлечении к анализу ненаучных методов и способов анализа действительности.

Отклоняющееся поведение, базирующееся на традициях экстрасенсорики, можно разделить на *пассивный и активный* варианты. При пассивном варианте человек, разделяя экстрасенсорные традиции осмысления действительности и, в частности, межличностных отношений (любви, верности, зависти и др.), возникновения и лечения болезненных проявлений (порча, сглаз и др.), прибегает к помощи практикующих экстрасенсов лишь в случаях появления семейных (партнерских, сексуальных) проблем или болезней. При активном варианте человек с определенного момента начинает ощущать в себе необычные способности («прозревает») и изменяет весь стиль поведения, стараясь максимально использовать «новые качества его личности». В некоторых случаях человек начинает ощущать в себе способности прогнозировать течение и исход событий (ясновидение и провидение), в других – начинает осознавать лечебные и оздоровительные качества своих действий. Нередко, такой человек отказывается от прежних привычек и поведенческих стереотипов. Он способен бросить любимую работу, уйти из семьи и «помогать страждущим». Его воззрения в возможность исцелять людей превращается в стойкую непоколебимую убежденность, не требующую доказательств. Критика его способностей со стороны окружающих либо игнорируется им, либо встречает сопротивление, когда «экстрасенс» начинает активно противостоять официальной медицине.

Девиантное поведение, основанное на увлечении экстрасенсорикой и эзотерикой, может базироваться как на характерологических особенностях, так и на психопатологических симптомах и синд-

ромах (мы не рассматриваем варианты сходного по форме псевдодевиантного поведения, основанного на попытке извлечь выгоду из заблуждений людей).

### *Коммуникативные зависимости*

Считается, что человек при помощи разнообразных коммуникативных средств в рамках девиаций стремится «бежать от свободы» (по Э.Фромму). В одних случаях бегство приводит к аутистическому паттерну поведения, в других к гиперобщительности, в третьих, к конформизму и т.д. Сутью бегства от свободы и становления отклонений в поведении становится осознанное или неосознанное стремление уклониться от конструктивного анализа и переживания основополагающих экзистенциальных ценностей, базисных проблем существования индивида с целью избежать тревоги, страха и неопределенности. И.Ялом причисляет к таким базисным проблемам: страх смерти, осознание необходимости и возможности свободы, а следовательно и ответственности, а также смысл существования и единения/изоляции.

Коммуникативные девиации позволяют человеку не решать экзистенциальные проблемы, а существовать вне их. Выбор одного из аномальных (аддиктивных) способов взаимоотношения с окружающим миром как бы автоматически снимает необходимость предпринимать какие-либо усилия по устранению экзистенциальной тревоги. По Ж.Сартру, человек полностью ответственен не только за свои действия, но и за свою неспособность действовать. То есть можно утверждать, что выбор того или иного девиантного стиля коммуникативного поведения опосредован желаниями, стремлениями и потребностями индивида, чаще осознаваемыми, чем неосознаваемыми. В равной степени и аутизация в виде необщительности и нелюдимости (отрешение от мира), и гиперобщительность являются способами преодоления экзистенциальной тревоги.

**Конформистское поведение** проявляется в склонности приспосабливаться к любому окружению, к любым точкам зрения и мировоззрению, жить не собственными интересами, а схемами, придуманными в обществе, игнорировать или не иметь своего взгляда на происходящие события. Конформист – это человек без свойств. Основная его способность – быть незаметным, «как все», не проявлять никаких реакций, которые могли бы отличаться от общепринятых и традиционных, полная подчиняемость без внутренней борьбы. Удовлетворение такому индивиду приносит попадание в резонанс с общими интересами, привычками, навыками. Он склонен использовать поведенческие и речевые штампы: одеваться по форме, трафаретно говорить, используя, к примеру, бюрократический язык.

Особой разновидностью коммуникативных девиаций считается поведение, при котором человек руководствуется **псевдологией**. При

данной форме отклоняющегося поведения человек склонен активно и часто использовать ложные (неправдивые) высказывания. Он лжет не ради получения какой-либо выгоды, а с целью привлечения к собственной персоне внимания или для провоцирования окружающих. Псевдологическое поведение носит аддиктивный или патохарактерологический оттенок. Выгода заключается в изменении своего психологического состояния (получение удовлетворения от признания и привлечения внимания, радости от введения в заблуждение или запутывания собеседника, успокоения от причинения партнеру вреда).

К коммуникативным девиациям относится **крусадерство**, или идеологический авантюризм, характеризующийся чрезмерной склонностью выискивать для себя эффектные и важные предприятия, чтобы затем погрузиться в них с головой (С.Мадди). Такие индивиды хватаются за любой повод для того, чтобы «выйти на улицу», становятся сторонниками какого-нибудь социального движения и активно участвуют в деятельности общественных организаций. Считается, что крусадерство базируется на обостренном чувстве бессмысленности существования, которое заполняется погружением человека в активную деятельность («ложное центрирование» по Д.Пайку).

Нередко наблюдаемой коммуникативной девиацией считается **нигилизм**. Его отличительной чертой является активная, всепроникающая склонность дискредитировать деятельность, имеющую смысл для других (И.Ялом). Такой человек склонен подвергать критике с позиции постижения смысла любые поступки и устремления окружающих. Для него характерна «идеологическая пассивность», маскирующаяся под глубинный экзистенциальный анализ. При нигилистическом поведении индивид часто отказывается от любой деятельности, рекламируемой другими, саркастически и иронично относясь к стремлениям окружающих достичь в ней успехов.

## *Созависимость – зависимость отношений*

Созависимостью можно назвать *зависимость от зависимого и полный отказ от самого себя*. Подобное психологическое свойство, с одной стороны, является следствием и результатом какого-либо патологического состояния значимого человека (близкого родственника) в виде алкоголизма, наркомании, никотинизма или психически больного, с другой, как единая причина семейного стереотипа зависимого поведения. Дисфункциональная семья существует как замкнутая патогенная система, воспроизводящая неадаптивный паттерн зависимого поведения. Ниже будут приведены данные о характерных для отцов подростков-наркоманов личностных особенностях, в частности структура их зависимостей. В данном разделе целесообразным представляется уточнение личностных свойств созависимых родственников, ко-

торые усиливаются под воздействием становления патологической (девиантной) зависимости у одного из членов их семей.

По мнению В.Д.Москаленко, существует явный параллелизм проявлений зависимости и созависимости (в частности при алкоголизме (табл. 15).

Для созависимых типичны: *низкая самооценка, компульсивное желание контролировать жизнь других, желание заботиться о других,*

*Таблица 15*

**Корреляции между зависимостью и созависимостью**

| Признак | Зависимость | Созависимость |
|---|---|---|
| Охваченность сознания предметом пристрастия | Мысль об алкоголе или другом веществе доминирует в сознании | Мысль о близком, больном химической зависимостью, доминирует в сознании |
| Утрата контроля | Над количеством алкоголя или другого вещества, над ситуацией, над своей жизнью | Над поведением больного и над собственными чувствами, над своей жизнью |
| Отрицание, минимизация, проекция | «Я не алкоголик», «Я не очень много пью» | «У меня нет проблем», проблемы у моего мужа |
| Рационализация и другие формы психологической защиты | «Друг пригласил на день рождения» | – |
| Агрессия | Словесная, физическая | Словесная, физическая |
| Преобладающие чувства | Душевная боль, вина, стыд, страх | Душевная боль, вина, стыд, страх, негодование |
| Рост толерантности | Увеличивается переносимость все больших доз веществ | Растет выносливость к эмоциональной боли |
| Абстинентный синдром | Для облегчения синдрома требуется новая доза вещества, к которому имеется пристрастие | Порвав взаимоотношения с зависимым человеком, созависимые вступают в новые деструктивные взаимоотношения |
| Опьянение | Часто повторяющееся состояние в результате употребления вещества | Невозможность спокойно, рассудительно мыслить |
| Самооценка | Низкая, допускающая саморазрушающее поведение | Низкая, допускающая саморазрушающее поведение |
| Сопутствующие психические нарушения | Депрессия | Депрессия |

*спасать их, психологическая защита в виде отрицания и разнообразные страхи* (В.Д.Москаленко). Особо следует отметить качество *жертвенности*. Созависимая личность как бы растворяется в другом (близком), страдающем от заболевания или проблемы, полностью отрешается от собственных интересов и даже от жизни. По этому качеству зависимый и созависимый несхожи.

Таким образом, перечисленные выше типичные качества зависимой личности показывают всю ее противоречивость, незрелость, несформированность и нецельность. Но именно они и способны подготовить благодатную почву для нахождения социально неодобряемой зависимости от чего-либо или кого-либо.

**Семейные и социальные взаимоотношения в созависимых семьях**

Социально-психологический параметр семейной среды является стержневым фактором системного анализа семьи. Семья, с точки зрения ее внутренней структурной организации, представляет собой, прежде всего сложную систему взаимоотношений и коммуникаций. В каждой из таких коммуникаций, каждый представитель семьи, занимает определенное место, участвует в выполнении определенных функций, своей деятельностью удовлетворяет потребности других, поддерживает приемлемый уровень межличностных взаимодействий (Э.Г.Эйдемиллер, В.Юстицкис). Нарушение семейных отношений ведет к невыполнению основных функций семьи, происходит их смещение, искажение и дезориентация, возникают различные дисгармонии – семья становится дисфункциональной. Как следствие этого, при нарушении структуры и функций семьи возникает психологическая напряженность и конфликтность внутрисемейных отношений, которая, в свою очередь, порождает перманентные кризисы и стрессы на межличностном и внутриличностном уровнях функционирования системы и отдельных ее элементов (субъектов) со всеми вытекающими из этого негативными последствиями.

Большинство представителей системного подхода, направленного на анализ и коррекцию семейных отношений, рассматривают семью как систему взаимных и циркулярных интеракций между всеми членами этой общности. Данные интеракции проявляются в специфических для этой системы семейных мифологиях, сценариях и ритуалах (Э.Берн, М.Боуэн, Р.Бэндлер, Н.Пезешкиан, М.Сельвини-Палаццолли, В.Сатир и др.).

В «здоровых» семьях взаимодействия и взаимоотношения между ее членами носит открытый, конструктивный и работающий на развитие системы характер. В «больных» же семьях (созависимые от алкоголя и наркотиков семьи) семейная мифология и сценарии являются дисфункциональными и оказывают разрушительное воздействие на взаимоотношения, а также на психическое и соматическое здоровье членов данной семейной среды (В.Д.Москаленко).

Сценарии, как полагает Э.Берн – это постепенно развертывающийся во времени жизненный план, который формируется еще в

раннем детстве в основном под влиянием родителей, их взаимоотношений, ценностей и установок, который способствует структурированию индивидуального времени при обозначении проблем экзистенциального выбора.

### Межличностная коммуникация в семьях с девиантными формами поведения

Как было указано выше, к девиантному (отклоняющемуся) поведению относятся действия, не соответствующие официально установленным и фактически сложившимся в данном обществе (социальной группе) нормам и ожиданиям и приводящим человека к изоляции. Несколько столетий такое отклоняющееся поведение, как любая форма неподчинения правилам, оценивалось с моралистических позиций. Лишь в XIX веке появились объяснения с позиций научных знаний. Сегодня выделяются два направления: социологическое и биологическое. До настоящего времени эти направления, обогащаясь опытом последующих поколений, имеют своих сторонников. Так, например, ряд исследователей, вслед за Дюркгеймом, считают, что при нормальных условиях функционирования социальной организации девиантное поведение встречается не так уж и часто, но в условиях социальной дезорганизации, когда нормативный контроль ослабевает, возрастает вероятность появления девиаций. К таким ситуациям можно отнести стресс, внутригрупповые и межгрупповые конфликты, резкие изменения в обществе (А.В.Петровский, М.Г.Ярошевский).

В рамках теории аномалии (Р.Мертон) девиантное поведение нарастает, если при наличии общих целей социально одобряемые средства достижения этих целей доступны не всем, а для некоторых людей или социальных групп они вообще недоступны.

С начала века успешно развиваются психологические концепции со своими суждениями о девиантном поведении с позиции концепции социализации (Л.С.Выготский, П.Я.Гальперин). Например, считается, что лицами с девиантным поведением становятся люди, социализация которых проходит в среде, где факторы, предполагающие к такому поведению (насилие, аморальность и т.д.), считаются нормальными или общество относится к ним достаточно толерантно (Б.Ф.Райский).

Согласно концепции «стигматизации», отклонение является следствием негативной социальной оценки, «наклеивания» на индивида ярлыка «девиант» и последующего стремления изолировать его, вылечить и т.п. (Г.А.Милушева, Н.Г.Найденова).

Многочисленные отечественные и зарубежные исследования психологии девиантного поведения сконцентрированы на изучении личностных характеристик девиантов. По данным исследований особенности девиантных личностей выглядят следующим образом: пренебрежение работой и учебой, эпизоды воровства, вандализма, мелкого хулиганства, употребления одурманивающих средств, обязательное следование молодежной моде, увлечение рок- и попмузы-

кой. Помимо этого отмечается значимость группового времяпрепровождения, а т.н. «существование в системе» называется наиболее яркой чертой. В группах, состоящих из юношей 16–20 лет, наблюдаются черты детских групп: направленность на игровую развлекательную деятельность, нецелевая активность, легкость аффективной индукции. Отношения по существу обезличены, состав группы случаен. В группе выражено отчужденное, нередко враждебное отношение к взрослым, стереотипная усвоенная форма общения с ними (Н.Ю.Максимова).

Исследования личности показывают, что подражательность, внушаемость и подчиняемость в поведении основаны на низком интеллектуальном уровне, неразвитости волевой сферы, нравственных, этическом представлений. Это сочетание лишает возможности критически оценивать поведение других, определять принципы собственного поведения. Низкий уровень интеллекта проявляется не только в неспособности решать предъявленные задачи на осмысление. Наглядны незаинтересованность в умственных упражнениях, отсутствие любопытства, познавательных интересов. Некоторые испытывают к учебе отвращение даже тогда, когда материал им доступен. Сведения об окружающих у них ограничены, речь скудная, с преобладающим жаргоном, интересы подчинены моде, нестойки.

Слабость волевой сферы проявляется нестойкостью интересов, неспособностью к организованной, последовательной деятельности. Праздность не тяготит, с трудом переносится одиночество. Они не могут себя занять, им «скучно».

Нравственные представления формируются группой, основаны на противопоставлении «мы – они», нестойки. Иногда безнравственные поступки объяснимы слабостью осмысления ситуации, что поступок оказался «вне круга», где действия подлежат нравственной оценке. Ложь считается привычным способом ухода от сложной ситуации, способом отношения с «чужим» миром. Такие нравственные чувствования, как сострадание, благодарность, связаны с ограниченным числом лиц – ближайшими родственниками, не охватывает даже членов своей группы. Нравственные чувства в отношении широкого круга лиц абстрактные, такие как чувство долга. Достоинство, соподчинение общим интересам не развиты (А.Е.Личко).

У таких подростков преобладают эмоции обедненной гаммы, легко возникают архаические аффекты (гнев, злоба) с двигательным выражением, агрессией или аутоагрессией, истерическими защитными реакциями, такими аффектами, как страх, тревога, возникающими не как проявление расстройства эмоциональной сферы, а реактивно, ситуационно. Отмечается незначительность поводов для провокации таких аффектов.

Привязанности распространяются на ближайших родственников, эмоционального сосредоточения на сверстниках не происходит. Об этом свидетельствуют непостоянные, без выбора сексуальные связи. Раннее начало половой жизни говорит о слабом чувственном контроле. Неразвитости эмоциональной сферы соответствует недо-

статочная дифференциация сексуальных влечений. Не исключается биологически определяемый высокий порог чувственного восприятия, объясняющий склонность и способность переносить в больших количествах шумовые, световые раздражители, любовь к ярким расцветкам, высоким скоростям. В этой связи, по мнению исследователей, может быть не случайной потребность в искусственной симуляции одурманивающими средствами (В.Т.Кондрашенко).

Сочетание эмоциональной уплощенности (холодности, слабости и узости круга привязанности, поверхностности, нестойкости чувств), измененных инстинктивных побуждений, сопряженных с эмоциональностью, высокого порога психофизической реактивности (комфортное восприятие сильных, длительных раздражителей) представляет некий особый не столько психический, сколько биологический тип (Б.Ф.Райский).

В целом же девиантную личность характеризует, пользуясь выражением А.Н.Леонтьева, слабая «чувственная ткань сознания», а также недостаточное чувство реальности, сознании «Я».

### Межличностная коммуникация в алкогольных семьях

Патологическое влечение к алкоголю является стержневым расстройством в совокупности клинических и личностно-психологических нарушений у больных алкоголизмом на всех этапах течения заболевания. Алкогольное поведение определяется двумя тесно связанными между собой Si-биологической (действие алкоголя на организм и формирование наркотического синдрома) и социальной, раскрывающей нормативно-ценностную сторону такого поведения.

Влечение к алкоголю, по мнению ряда исследователей (И.В.Бокий, С.В.Цыцарев) выступает как средство: редукции напряжения; изменения аффективного состояния; получения удовлетворения; повышения самооценки и самоуважения; компенсации; межличностной защиты – манипулировании; общения-коммуникации.

Согласно одной из распространенных в зарубежной наркологии концепции психогенеза алкоголизма (Reichelt-Nauseef, C.Hedder), алкоголизм понимается не как патология индивидуума, а как результат взаимодействия между всеми членами семьи или как часть функционирования структуры семьи, направленной на сохранение семейного гомеостаза. По мнению П.Штейнгласса, потребление алкоголя играет центральную роль в жизни семьи, поэтому он оказывает большое влияние на манеру поведения ее членов при взаимодействии (P.Steinglass).

Д.Дэвис указывает на тот факт, что члены семьи обнаруживают различное эмоциональное поведение в разных ситуациях: в период алкогольной интоксикации больного (производят впечатление людей веселых, живых, склонных к шуткам, ярким проявлениям эмоций) и в период его трезвого поведения (проявляют сдержанность, монотонность и невыразительность в эмоциональных коммуникациях). Автором делается вывод, что злоупотребление алкоголем выполняет функцию регуляции эмоционального климата в семье –

члены семьи сознательно или неосознанно поддерживают потребление алкоголя их родственником.

Дети и супруги больных алкоголизмом называют и положительные последствия злоупотребления алкоголем — большую сплоченность семьи, усиление контактов с родительскими семьями, внимание друг к другу, усиление эмпатии и эмоций (Reichelt-Nauseef).

Э.Г.Эйдемиллер и С.А.Кулаков указывают на то, что такие, лежащие в основе патологического влечения к алкоголю, мотивы, как использование его в качестве средства повышения самооценки, компенсации каких-либо недостающих форм или способов удовлетворения потребностей, «общения-коммуникации», межличностной защиты-манипуляции, формируется в результате неправильного семейного воспитания — по типу явного и скрытого эмоционального отвержения, гипопротекции.

Клинико-психологическое исследование подростков с аддиктивным поведением с использованием методики ТАТ и опросника «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) проведенное Э.Г.Эйдемиллером с соавторами показало, что у 60% из них заблокированы такие потребности, как эмоциональное принятие со стороны родителей, потребность в самоутверждении и самостоятельности, способность устанавливать полноценные эмоциональные контакты со сверстниками. Автор приходит к выводу, что стереотип ролевого поведения больных алкоголизмом, заложенный в родительских семьях, является в дальнейшем одним из факторов, определяющих дисфункциональный тип отношений в их собственных семьях, который характеризуется несовпадением вербальных и невербальных компонентов.

Эту точку зрения разделяют Б.Робинсон, К.Блэк, Э.У.Смит — основатели концепции семейной созависимости. Они отмечают, что основные правила семьи алкоголика — это: «не говори», «не чувствуй», «не доверяй», «контролируй свои чувства», которые не высказываются, а утверждаются невербально — взглядами, мимикой, жестами, интонацией. Э.Смит считает, что не только алкоголики, но и их дети и даже внуки не способны идентифицировать и выражать свои чувства, попросить помощь; для них характерны экстремальное мышление, фокусировка на внешнем окружении, двойные установки, низкая самооценка, самообвинение, тенденция к скрытности, склонность к приступам депрессии и беспокойства, искаженное представление о семье. Подобные трудности алкоголиков, их детей и внуков (во взаимоотношениях, незнании языка чувств и др.) рассматриваются как следствие занимаемых ими в детстве позиций в семье. У «героев семьи» — борцов с алкоголиками — родителями — во взрослом состоянии возникают трудности в эмоциональных взаимоотношениях с другими людьми; у «потерянных детей» — застенчивых, замкнутых, помогающих семье тем, что они ничего не требуют, появляются депрессии; у «козла отпущения», который для отвлечения внимания от семейных конфликтов ведет себя плохо, рано или поздно формируются аморальные и асоциальные чувства.

Таким образом, семейный фактор, являющийся условием неправильного воспитания в родительской семье и сложившейся в ней стиль коммуникаций, а также характер взаимоотношений в супружеской семье больных алкоголизмом оказывает значимое влияние на формирование и поддержание патологического влечения к алкоголю на психологическом уровне.

#### Межличностная коммуникация в семьях больных наркоманией

В алкогольных семьях, основные сценарии разворачиваются естественно, по дисфункциональной фабуле, «программируя» деструктивный уклад конкретной семейной системы. Такой семейный уклад может предопределять психологический настрой и фон конкретной семейной системы в течение нескольких поколений, создавая условия для транслирования разрушительного опыта алкогольной созависимости и алкогольного «образа жизни» каждый раз во вновь создаваемой семейной среде, с последующей деформацией его в наркотическую созависимость.

Таким образом, через семейные сценарии, системы догм и модели поведения алкогольные ритуалы и ценности могут предопределять нормативы организации семейной системы и принципы жизнедеятельности ее отдельных членов и в последующих поколениях, даже когда химическая зависимость от алкоголя не наследуется.

К примеру, в наблюдавшейся нами (И.А.Новиковым) семье: мать – Марина – 38 лет, никогда не употребляла алкоголь, по ее словам, она ненавидела пьяных, но сама при этом выросла в алкогольной семье, где мать и отец умерли достаточно рано: мать в 40 лет от цирроза печени, а отец в 47 от инсульта. Ее двое детей, воспитанных матерью, выросшей в алкогольной семье после алкоголизации в 14–15-летнем возрасте, уже в 16 лет употребляли героин.

Таким образом, системный подход позволяет учитывать не только актуальную ситуацию в алкогольной семье, но и прогнозировать репликацию этих отношений в будущих поколениях семей через формирование определенного личностного склада и моделей поведения у ребенка в соответствующей семейной среде.

#### Деструктивные модели поведения

Исследования подтверждают, что взрослые дети алкоголиков, даже если сами и не стали алкоголиками, в своей самостоятельной жизнедеятельности воспроизводят те же самые деструктивные модели поведения, которые существовали в их родительской семье: это, прежде всего неспособность к безусловной любви и открытому выражению чувств, скрытность, комплексы вины и неполноценности, противоречивость и недоверие по отношению к другим людям, в том числе и к самым близким, неспособность просить о помощи, внешний локус контроля. Перечисленные характерные черты взрослых детей алкоголиков являются препятствием для полноценного выполнения ими как супружеских, так и родительских функций, влияя

тем самым на воспитание еще одного поколения взаимозависимых – уже внуков алкоголиков (Э.У.Смит).

Еще драматичней выглядит часто встречающаяся ситуация, когда дети алкоголиков продолжают «семейные традиции» своих родителей. Как отмечалось выше, дорога к алкогольной зависимости, в особенности ранней, начинается главным образом в семейной среде. Опросы учащихся (возраст 14–17 лет), проведенные за последние годы, показали, что 52,8% достаточно часто употребляют спиртные напитки, которые впервые попробовали в условиях семьи; эти привычки закрепляются затем в компаниях сверстников. По некоторым данным, около 30% выросших в алкогольных семьях людей впоследствии также страдают от алкогольной зависимости и около 42% от наркотической зависимости.

С этой позиции, модель процесса ранней алкоголизации и наркотизации (у подростков и юношей) в условиях семейной среды можно представить следующим образом. В качестве предпосылки возникновения у человека потребности в алкоголе выступает культура и традиции конкретной семьи, транслируемые, главным образом, через нормы, обычаи и ритуалы семейного уклада. С развитием алкоголизации «внешние» обычаи потребления спиртного как бы интериоризируются, становятся «внутренними» алкогольными установками и побуждениями к действию. Повышенная вероятность ранней наркотизации и алкоголизации детей из дисфункциональных семей, помимо уже перечисленного, определяется также общим укладом жизни и воспитания этих детей. Так, подростки, с зависимостью, проявляющие алкогольное или наркотическое поведение, чаще характеризуют отношения в семье как отчужденные и враждебные. В таких семьях ребенок чаще всего с самого рождения становится отверженным, его мировосприятие пронизано чувством собственной ущербности, неполноценности и неадекватности. Контроль над поведением детей в таких семьях – это непрерывные переходы от неведения и полного равнодушия, отвержения, до оскорблений, угроз и прямого физического насилия, поскольку очевидно, что жестокие действия легче совершаются в состоянии алкогольного опьянения. Таким образом, «порочный круг» алкогольной зависимости в контексте семейных отношений и здесь, в аспекте воспитания подрастающего поколения, вновь показывает свою патологическую картину и проявляющееся во многих поколениях негативное воздействие (Е.С.Меньшикова).

Важнейшей формой и механизмом функционирования семьи являются семейные мифы. Семейные мифы базируются на семейных правилах и представляют собой набор взаимно согласованных и утвержденных, но искаженных, семейных ролей, которые играют члены семьи. Миф не подвергается никакому сомнению, служит хорошей программой для социальных контактов, но в то же время уменьшает гибкость самой семейной системы. Функция его состоит в том, что он позволяет каждому члену семьи выстраивать собственную психологическую защиту с помощью других членов семьи, внутри-

семейных отношений. До тех пор, пока семья зиждется на семейном мифе, она является «больной» системой. A.Ferreira считает, что семейный миф возникает в семьях, для которых, характерно расщепление и отвержение чего-то нежелательного, травмирующего для семьи. Семейные мифы, определяя семейные сценарии, могут передаваться, таким образом, по наследству в следующих поколениях данной семейной системы. В этой связи, цель психологической коррекции семейной среды состоит в дискредитации и разрушении неконструктивных мифов и переходе на более открытые человеческие отношения.

Нарушения в коммуникации и неистинность в отношениях между членами семьи лучше всего описывается в категории транзактных игр, предполагающих, как минимум, «двойную связь» (G.Bateson) в отношениях – явную и скрытую. Под игрой понимается «последовательность взаимодополняющих, содержащих скрытые компоненты действий с заранее предопределенной, легко предсказуемой концовкой» (Т.Харрис). В отличие от деятельности, ритуала или развлечения, игра в своей основе всегда содержит скрытый компонент, а ее развязка всегда в той или иной степени исполнена драматизма и так или иначе, связана с обязательной конечной расплатой. В семейной сфере прежде всего связывается с напряжениями и конфликтами, ухудшением психосоматического статуса членов семьи и социальными девиациями. Игра в алкогольных семьях составляет существенное содержание взаимоотношений между членами семьи; она никогда не прекращается и включает в себя следующие отличительные особенности: скрытые коммуникации, двойную связь, самодисквалификацию и саморазрушение – и все это для того, чтобы избежать четкого прояснения истинных взаимоотношений, которые бы положили конец игре. Игры, с одной стороны, выполняют защитную функцию, препятствуя осознанию и признанию неблагополучия в семье, что для членов данной системы равносильно катастрофе, поскольку они не обладают возможностями самостоятельно справиться с ситуацией и выйти на открытый уровень коммуникации. В работе Э.Берна представлен детальный психологический анализ значительного количества семейных игр, определены их функции и психологические последствия для каждого из участников этих игр.

Семейные игры характеризуются попытками каждого члена семьи определить отношения друг с другом в собственных понятиях и в собственных правилах. В то же время члены семьи отрицают, что они именно манипулируют. Все построено на ошибочном веровании, что есть возможность обрести односторонний контроль над отношениями, в которые на самом деле вовлечены все члены семьи. В этой связи, игра в патологических семьях бесконечна и парадоксальна: главное правило состоит в том, что выиграть не может никто и никогда, ибо невозможно обрести одностороннюю власть и контроль в отношениях, которые изначально, по определению, цикличны и взаимозависимы.

**Деструктивные семейные роли**

Чтобы выжить в системе нарушенных взаимоотношений и мифов, взрослые и дети в алкогольной семье вынужденно принимают на себя, в рамках семейной мифологии, определенные и такие же деструктивные роли, которые в литературе известны под следующими названиями: «пособник», «компенсатор», «сирота», «приспособленец», «козел отпущения» (В.Д.Москаленко).

Рассмотрим проявление данных ролей в алкогольных созависимых семьях и их влияние на формирование предпосылок к наркотической зависимости. Представим наиболее характерные психологические портреты созависимых отношений в наркологических семьях.

**«Пособник»**. Чаще всего это мать или жена. Из чувства вины и стыда «пособник» постоянно извиняется перед семьей, друзьями, родственниками и сослуживцами за поведение зависимого, помогает скрыть его неблаговидные поступки. Отрицает свое неудовольствие и гнев по отношению к алкоголику или наркоману, пытается спасти его от последствий алкогольного поведения, а при наркотизации ведет себя с наркоманом «шаблонно», как с алкоголиком, дает деньги на «опохмелку» и т.д. Его действия облегчают зависимому возможность использовать известные механизмы психологической защиты: отрицание проблемы, преуменьшение неприятных последствий пьянства, полное отрицание употребления наркотиков, поддержание идеальных представлений о себе. Благодаря пособнику зависимый может долго отрицать болезнь.

Оптимальным выходом из этой «алкогольно-провоцирующей» ситуации было бы прекращение опеки, эмоциональное эмансипирование от зависимого и делегирование ответственности за все последствия пагубной привычки ему самому (в ситуации с алкоголизацией). С неизбежностью следует вывод, что созависимые родственники-пособники отличаются еще меньшей силой воли, чем сам зависимый, поскольку боятся открыто взглянуть на семейную проблему. Несколько иная ситуация при проекции данной роли на наркотическую зависимость.

Еще более губительно «пособник» действует при обнаружении наркотической зависимости у своих родственников или детей. Но в отличие от алкогольной, при наркотической зависимости – цена «пособничеству» как правило, смерть употребляющего наркотики.

**«Компенсатор»**. Это человек, который пытается вернуть семье хорошую репутацию, признание окружающих. Он стремится к достижениям в различных сферах жизни, чтобы своими успехами перекрыть неудачи семьи, «скомпенсировать» последствия алкогольного или наркотического поведения зависимого. Жена может содержать дом в подчеркнуто идеальном порядке, ребенок может добиваться отличных результатов в учебе, спорте. Поскольку к выполнению этих ролей побуждает несчастье, оно может впоследствии привести к тому, что созависимый ребенок, в детстве стремившийся к большим успехам, став взрослым, будет вечно недоволен достигнутым, что может приводить к развитию депрессивных состояний, либо же

в роли компенсаторного механизма детской фрустрации может выступить какой-либо из наркотиков.

**«Сирота»**. Когда функции зависимого от алкоголя отца берет на себя мать, ей приходится нести двойную нагрузку, что забирает много времени и энергии. В результате созависимый ребенок постепенно обнаруживает, что его потребности не удовлетворяются, он может чувствовать, что им никто не интересуется. Такое положение ведет к переживанию пониженной самоценности. Видя безрезультативность своих стараний заслужить любовь и внимание родителей, ребенок винит во всем самого себя, замыкается, что вызывает и усиливает тенденцию удовлетворять свои потребности вне дома, что часто приводит либо к наркотизации, либо к началу употребления алкоголя и к последующей зависимости.

**«Приспособленец»**. Этот член семьи втайне не желает выздоровления больного, поскольку его зависимость способствует достижению «приспособленцем» собственных целей. Например, зависимость одного отвлекает внимание окружающих от проблем и недостатков созависимого члена семьи. Возможна ситуация, когда жены испытывают неуверенность в себе, в прочности отношений с мужем – тогда она опасается того, что, преодолев зависимость и начав трезвую жизнь, муж ее бросит. А в ситуации с наркотизацией ребенка такие жены используют болезнь для укрепления семейных отношений, манипуляций супругом. Бывает, что роль мученицы доставляет жене своеобразное наслаждение, удовлетворяя ее негативную потребность жертвовать собой ради других и вызывая к ней сочувственное уважение созависимых родных и близких.

**«Козел отпущения»**, один из наиболее часто встречающихся игровых семейных сценариев. «Козел отпущения» – тот созависимый человек, в ком видят основной источник пьянства. Им может быть как взрослый (муж или жена), так и не менее редко ребенок (сын или дочь). В отношении последнего часто бывает, что чувства неудовлетворенности и фрустрации, накопленные родителями по отношению друг другу, выплескиваются на ребенка. Ребенок в свою очередь в данном случае и будет выступать в роли «козла отпущения». Находясь в этой роли, он чаще всего действительно воспринимает себя основным виновником всех неприятностей в доме, источником всех противоречий и скандалов между матерью и отцом, которые он вынужден наблюдать. Тогда он, возможно, начинает думать, что лучше бы его в доме не было и всем бы тогда снова стало хорошо. В сегодняшних условиях дети, не выдержав такой эмоциональный прессинг, чаще всего обращаются к наркотикам.

Однако в действительности основную роль «козла отпущения» играет главный «герой» драмы – это сам пьющий, зависимый, против которого и объединяются остальные члены семьи (чаще всего, жена и дети), провоцируя тем самым еще большую вероятность алкогольного рецидива, усиливая зависимое поведение.

Бывают и другие сценарии, когда сам зависимый начинает обвинять членов семьи в своем «падении». В этом случае, «козел отпуще-

ния» из созависимых непьющих может пытаться как-то адаптировать свое поведение, чтобы доставить больному удовлетворение (например, созависимая жена может перестать «пилить» мужа; сын или дочь — улучшают успеваемость), или наоборот, они могут разозлиться и дать выход своему гневу, делать все наперекор. Но как бы все они ни старались и что бы ни делали для зависимого, им никогда не удается избежать обвинений, упреков, проклятий с его стороны. Поводы для придирок всегда найдутся. Все эти семейные интеракции разворачиваются по «классическим» правилам известной ролевой игры «Попался, сукин сын», описанной в книге Э.Берна (1992).

### Стадии деструктивной адаптации семьи к алкогольному (наркотическому) поведению подростка

Выделяются стадии деструктивной адаптации созависимой семьи к алкогольному или наркотическому поведению родственника, члена семьи.

1. ***Ранняя стадия*** — отрицание проблемы в надежде на улучшение поведения, спонтанное исчезновение зависимости. Члены семьи испытывают чувство вины и ответственности за поступки зависимого от наркотиков и алкоголя, происходит самоизоляция от общества.

2. ***Средняя стадия*** — преобладание у членов созависимой семьи чувства горечи, враждебности, презрения. Однако они по-прежнему скрывают алкогольное и наркотическое поведение зависимого и его последствия.

3. ***Заключительная стадия*** — появление у членов семьи психосоматических невротических симптомов, либо формирование алкогольной или наркотической зависимости. Часто созависимые члены семьи (жены) эмоционально отстраняются от зависимого, угрожают разводом или требуют его.

Семьи, в которых один или более членов демонстрируют симптомы зависимого поведения, регулируются транзакциями, которые точно приспособлены к данному виду патологии. Такая коммуникация неизбежно вызывает обратную реакцию в виде усиления зависимости и, таким образом, невозможно в рамках такой «закрытой» системы не вступать в патологическую коммуникацию. Это обстоятельство создает фон для формирования и функционирования зависимого поведения в семье. В этом как раз и заключена суть образования механизма так называемого «порочного круга» деструктивных взаимоотношений и коммуникаций в алкогольных и наркоманских семьях, который определяет созависимый семейный уклад и образ жизни ее членов. «Разорвать», изменить данный уклад без профессиональной помощи мало кому удается.

Таким образом, если в семьях хотя бы один из ее членов презентирует модели алкогольного или наркотического зависимого поведения, то и все другие формы взаимодействия между членами семьи будут регулироваться этими деструктивными нормами и правилами отношений. В этом и состоит психологический механизм основного доминирующего признака отношений в любой

алкогольной или наркотической семье, которым является признак созависимости.

Созависимость – это «эмоциональное, психологическое и поведенческое состояние, развивающееся в результате длительной подверженности стрессу и использования набора репрессивных правил – правил, запрещающих открыто выражать свои чувства, а также прямо обсуждать личные и межличностные проблемы» (A.Schaef). Определение не только на социально-психологические характеристики и психические составляющие этого явления, но также и на круг лиц, включенных в эту систему.

С этой точки зрения, созависимость – это «...постоянная концентрация мысли на ком-то или на чем-то и зависимость (эмоциональная, социальная, иногда физическая) от человека или объекта». Иногда такая зависимость становится патологическим состоянием, влияющим на все другие взаимоотношения. Этому феномену подвержены: а) все лица, находящиеся в браке или в любовных отношениях с зависимым; б) лица, имеющие одного или обоих зависимых родителей (либо бабушку, либо дедушку); в) лица, выросшие в эмоционально репрессивной семье. Таким образом, алкогольная и наркотическая созависимости – это состояние каждого из членов семьи. Вместе с тем, наиболее соответствующим системному подходу является определение Э.У.Смит, где под созависимостью понимается «состояние в рамках действительного существования, которое в значительной мере является результатом адаптации к дисфункции» (например, к пагубному пристрастию). Это закрепившаяся реакция на стресс, которая с течением времени становится скорее образом жизни, нежели соответствующим средством выживания. Показательно, что, когда источник стресса прекращает свое влияние, взаимозависимый человек продолжает действовать в окружающей его среде так же, как если бы угроза угнетения продолжала существовать.

Иными словами, в алкогольной и наркотической семье болеет и страдает не только сам пьющий, но и все его окружение. В этой же связи, для формирования алкогольной или наркотической созависимости важен не только тип супружеских и детско-родительских отношений, но и общий уклад и традиции конкретной семейной среды, в которой растет, воспитывается и реализует себя человек на протяжении своей жизни. Данный, часто многопоколенный семейный уклад, закрепляясь в обычаях, нравах, нормах взаимоотношений и стилях поведенческого реагирования на внешние и внутренние события (в силу наличия постоянной стрессовой обстановки в семейной системе) часто служит благодатной «почвой» для провоцирования и закрепления широкого спектра психологических расстройств. В факторе созависимости, очень ярко проявляется также наличие мощных защитных механизмов семейной системы как по отношению к внешнему окружению, так и внутри семейной системы.

Сохранение «большого семейного секрета» – будь-то, наркотизация или пагубное алкогольное пристрастие родителей, случаи на-

силия или даже инцеста, является для ребенка более важным, нежели открытое свидетельство этого и раскрытие своих переживаний по этому поводу. Он подсознательно убежден, что если что-то не высказано вслух, того и не существует. Сознательное подавление мыслей и чувств позволяет, как бы вычеркнуть из памяти, забыть болезненные ощущения. Но травмирующая информация остается в бессознательной структуре психики, исподволь оказывая разрушительные воздействия на адаптационные возможности организма на всех уровнях его психосоматического и социального функционирования. Таким образом, глобальное отрицание у созависимых никогда не бывает полным и не спасает от тревоги и замешательства.

Пристрастие к наркотикам или алкоголю на фоне созависимых отношений отбирает у зависимого и его семьи энергию, здоровье, сужает сознания, формируя навязчивое подчинение их мыслей, эмоций, всему, что определяет созависимость. Деформации духовной сферы у созависимых лиц приводит к тому, что они часто питают к близким амбивалентные чувства (например, ненависть и привязанность одновременно). Вместе с этим теряют веру во всех и в себя, испытывают постоянное беспокойство, жгучее чувство ревности, зависти и безнадежности, собственной неполноценности. Они сконцентрированы только на себе и на проблемах своих близких. В этой связи, созависимость можно представить также как эмоционально переживаемое «слияние» персональных пространств членов созависимой семьи, разрушение их эго-границ, приводящее к патологическим нарушениям в межличностных отношениях и психике вследствие фрустрации жизненной потребности в психологической территории и дисфункции на этой основе энергетического и информационного обмена между ними.

В то время как больной навязчиво может думать либо о наркотизации либо о прошлой или предстоящей выпивке, его созависимая жена или мать столь же навязчиво может размышлять о возможных способах контроля над поведением мужа или сына. Дети же также постоянно вынуждены находиться в напряжении, со страхом ожидая, чем же для них закончится очередная разборка между родителями. Находясь в едином напряженном поле значимых, но выстроенных на патологической основе, условных и «сценарных», межличностных отношений, члены созависимых алкогольных семей энергетически и эмоционально самоистощают друг друга, в конечном итоге, себя и всю систему семейной среды в целом.

Обозначенные выше «эмпирические характеристики» алкогольных или наркотических семей (сценарные планы и правила, деструктивные мифы и роли, наконец, психологическая защита по типу отрицания) — все эти психологические механизмы обеспечивают функционирование преобладающего в этих семьях стиля межличностных отношений и общения, такого как монологический, или «субъект-объектный» стиль. На противоположном конце полюса здоровых и конструктивных межличностных отношений находится тип общения, обозначаемый как «субъект-субъектный», или диало-

гический тип, который основывается на доверительных, равноправных и открытых взаимоотношениях между людьми. Последний тип общения характеризует нормы отношений в здоровых и саморазвивающихся семейных системах (В.А.Петровский).

Таким образом, знание подлинной, системной природы и причин алкоголизма как болезни целостной семьи и понимание того, что наркомания это та болезнь, что взращивается чаще всего благодаря влиянию алкогольной среды, а также наличие мужества и терпения для претворения и утверждения в жизнь каждой реальной семьи этого знания существенно необходимы. Так же необходимо, что бы любовь заняла место страха и ненависти в браке, равно как и в любом другом виде близких отношений. В противном случае, необходимость проживания в деструктивной, а тем более алкогольной или наркотической семье можно поставить под большой вопрос.

### Наркотическая зависимость как аддиктивный семейный паттерн

Проблема формирования наркотической зависимости, изучения механизмов этиопатогенеза наркоманий и токсикоманий, а также вопросы психологической коррекции и реабилитации пациентов с данным видом патологии остаются повышенно актуальными. Быстрое распространение особенно среди молодежи девиантного поведения в форме употребления наркотических веществ приводит к необходимости анализа не столько медицинского (психиатрически-наркологического), сколько медико-психологического аспекта проблемы.

В последние годы исследователи все активнее стали обращаться к изучению психологической структуры личности лиц, склонных к формированию наркотической зависимости, анализу социально-психологических (в частности, семейных) факторов в этиопатогенезе личностных расстройств и наркомании. Наиболее перспективным направлением научных исследований в данной области считается изучение т.н. аддиктивных форм девиантного поведения, медико-психологических параметров, вызывающих и поддерживающих девиации, а также способствующих формированию резистентности личности к терапевтическим наркологическим мероприятиям. Одним из типов девиаций считается аддиктивное поведение, под которым понимается стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксацией внимания на определенных видах деятельности, что направлено на развитие и поддержание интенсивных эмоций (Ц.П.Короленко, Т.А.Донских).

Как было показано выше, основным мотивом личностей, склонных к аддиктивным формам поведения, является активное изменение неудовлетворяющего их психического состояния, которое рассматривается ими чаще всего как «серое», «скучное», «монотонное», «апатичное». Наши исследования (В.Д.Менделевич) семей, в которых у одного из членов (подростка) выявлялась наркотическая зависимость, показывают, что аддиктивные формы поведения присущи

не только пациенту, но и, как правило, одному из родителей (чаще отцу). Аддиктивное поведение у родственника наркомана проявлялось в наших исследованиях в виде: гемблинга (12,9% случаев), трудоголизма (38,7% случаев), алкогольной зависимости (16,1% случаев), религиозного фанатизма (9,7% случаев), сверхценных увлечений, в частности, «паранойи здоровья» (22,6% случаев). Можно предполагать, что формирование наркотической зависимости у обследованных базировалось на семейном аддиктивном паттерне. Следовательно, терапия зависимости и психологическая коррекция пациента должны в обязательном порядке включать в себя семейную терапию.

С точки зрения представителей психологической науки, наркомания – это «лишь внешнее проявление психического или поведенческого расстройства биопсихосоциального происхождения, является инфантильной попыткой разрешить внутриличностные проблемы» (С.А.Кулаков). Среди этиологических условий наркозависимости у подростков проблемы семейного взаимодействия (дефекты воспитания, нарушения коммуникационного стиля, супружеский конфликт) занимают одно из первых мест.

С позиции семейной психотерапии наркоманию у подростков можно рассматривать как крайнюю форму обострения кризиса (С.В.Березин). Даже если, по мнению представителей данного направления, исходной ситуацией для начала наркотизации является обычное подростковое любопытство, чаще связанное с особенностями факт наркомании будет по-разному переживаться и использоваться разными членами семьи. Их отношение к наркомании будет во многом определяться неосознанными отношениями. Во многих случаях это приводит к тому, что семейные взаимодействия или поведение кого-то из членов семьи выступают как фактор, запускающий наркотическое поведение (К.С.Лисецкий, И.Б.Орешникова, С.В.Березин).

Таким образом, многие исследователи усматривают психологические корни наркомании именно в семье, в нарушении нормального взаимодействия между родителями и детьми, обозначив наркоманию как семейный стереотип.

Несмотря на общепризнанный факт возникновения в семьях, имеющих химически зависимых людей, особого типа внутрисемейных отношений, до сих пор ощущается острый дефицит теоретических и практических исследований механизмов взаимовлияния семьи и подростка, употребляющего наркотики.

В отечественной и зарубежной психологической литературе исследования семей наркоманов малочисленны. Можно выделить три основных направления, по которым велись и ведутся исследования, посвященные данной проблеме. Первое направление работ сводится к анализу семейной структуры (число, состав семьи), а нарушения структуры семьи рассматриваются как возможные причины наркотизации подростков. Так, например, развод родителей, отсутствие отца P.Bekir, T.McLellan, A.R.Childress, P.Gariti оценивают как значи-

мый психотравмирующий фактор в формировании наркомании у подростков. На этот факт также указывают исследования S.S.Luthar, S.F.Anton, K.R.Merikangas, B.J.Rounsaville, согласно которым подростки с наркотической зависимостью в детстве (до 11 лет) пережили развод родителей. B.J.Rounsaville, M.M.Weissman, C.H.Wilber, H.D.Kleber обнаружили в развитии наркомании у подростков последовательность трех событий: травматические события детства (смерть одного из родителей, либо развод родителей), ранняя преступная деятельность, незаконное употребление психоактивных веществ.

L.A.Cancellaro, D.B.Larson, W.P.Wilson установили, что дети, воспитывающиеся в неполных семьях, имеют более выраженную потребность в поисках ощущений и с большей вероятностью подвержены наркотизации. Кроме того, в будущем они создают неблагополучные собственные семьи.

Второе направление исследований сводится к анализу личностных особенностей и поведенческих характеристик родителей, близких родственников наркозависимых подростков. R.Rende, M.M.Weisman считают, что отклоняющееся поведение родителей является фактором риска развития аддикции у детей.

A.G.Ahmed, E.Salib, S.Ruben, проведя исследование родственников наркозависимых первой степени родства, пришли к выводу, что они имеют более высокую степень злоупотребления лекарственными препаратами и выраженные асоциальные расстройства личности по сравнению с родственниками пациентов хирургического и психиатрического отделений.

Л.Ф.Радченко и М.Л.Рохлина при анализе личностных особенностей родственников наркозависимых обнаружили, что частота гедонистических тенденций, расстройств сферы влечения, эпилептоидных тенденций и повышенная возбудимость возрастает по мере увеличения близости кровного родства по мужской линии. Истерические черты как ведущие черты личности присущи в основном лишь родственникам женского пола.

J.F.Maddux, O.O.Desmond, проведя комплексное изучение братьев наркозависимых подростков, выявили наличие у них поведенческих нарушений: привлечение к уголовной ответственности за противоправные действия, пристрастие к алкоголю. П.Д.Шабанов и О.Ю.Штакельберг, исследовав 3050 человек и их семьи, отмечают, что в 5,6% семей опрошенных кто-либо из родных употребляет наркотические средства, а в 24,3% семей злоупотребляют алкоголем. При этом в семьях подростков, не употребляющих наркотики в 4,6% случаев, а злоупотребляют алкоголем в 22,3% случаев, тогда как в группе наркотизирующихся подростков родные употребляют наркотические средства в 23,3% случаев, а алкоголизируются в 29,8% случаев. То есть с определенной степенью уверенности, по мнению авторов, можно утверждать, что подростки, выросшие в семьях, где употребляют наркотические средства, по крайней мере в 5 раз чаще становятся наркоманами, чем в семьях, где наркотики

не употребляют. Следовательно, семья определенно становится зоной риска развития наркомании.

Третье направление исследований посвящено изучению психологического климата в семьях наркотизирующихся подростков и юношей, диагностике и описанию типов неблагополучных семей и неправильного воспитания ребенка. Так, например, при субъективной оценке микроклимата своих семей подростки, употребляющие наркотические средства, указывают на непонимание родителями своих интересов, намерений, поступков; считают, что родители не проявляют к ним достаточного внимания, выражают неудовлетворенность своими отношениями с родными (А.А.Коломец). П.Д.Шабанов и О.Ю.Штакельберг, анализируя отношения подростков с родителями, отмечают, что уровень взаимопонимания с матерью как у лиц, употребляющих наркотические средства, так и у ненаркотизирующихся подростков несколько выше уровня взаимопонимания с отцом. Причем, в семьях, чьи дети употребляют наркотические средства, уровень конфликтности, напряженности и дискомфортности гораздо выше, чем в семьях с ненаркотизирующимися подростками.

J.I.Anasagasti, M.Denia при исследовании отношений между родителями и их наркозависимыми детьми, а также между родителями и детьми, не имеющими наркотической зависимости, выявили значимые различия относительно эмоциональной привязанности, уважения, чувства вины, авторитарности. В отношениях между родителями и их наркозависимыми детьми в гораздо меньшей степени присутствуют уважение, эмоциональная привязанность друг к другу, ярче выражено чувство вины и авторитарность родителей.

На отсутствие эмоциональной близости, сплоченности между членами семьи наркотизирующегося подростка, неспособность к решению семейных проблем, делегирование обязанностей, частые семейные конфликты, а также на более доверительные отношения подростка с родителем противоположного пола указывает в своем исследовании R.D.Schaef.

Подростки с наркотической зависимостью, характеризуя поведение собственных родителей, отмечают отсутствие требовательности, строгости со стороны матери, противоречивость и эмоциональную дистанцированность отца (A.Kokkevi, C.Stefanis). На наличие авторитарной гиперпротекции матери наркотизирующихся подростков, как ведущей тенденции в воспитании, указывают в своей работе D.K.Wellisch и M.P.Stenberg. П.Мэйсон установил, что наркоманы чаще происходили из семей, где властвовала «любимая, но самовлюбленная, стремящаяся все контролировать мать». Родители наркоманов, по его мнению, часто люди «неполноценные, неуровновешанные, равнодушные к своим детям».

С.В.Березиным и К.С.Лисецким были выявлены наиболее часто встречающееся у родителей наркотизирующихся подростков и юношей типы воспитания: опекающая гиперпротекция — уделение подростку максимум времени, сил, внимания и минимизация его обязанностей в семье (у 53% матерей); потворствующая гиперпротек-

ция, проявляющаяся в чрезмерном покровительстве и непрестанном восхищении мнимыми талантами, преувеличение действительных способностей (у 27% матерей и у 10% отцов); гиперпротекция – воспитание, отличающееся формальностью, недостатком опеки и контроля за подростком вплоть до полной безнадзорности (8% матерей и у 20% отцов); доминирующая гиперпротекция – чрезмерная опека, не приучающая к самостоятельности (4% матерей и отцов); неустойчивый стиль воспитания, характеризующийся резкой сменой стиля – от значительного внимания к ребенку до эмоционального отвержения (4% матерей и у 70% отцов).

По мнению этих же авторов, практически во всех случаях подростковой и юношеской наркомании можно обнаружить признаки одного из типов неблагополучных семей: 1) деструктивная семья (отсутствие взаимности в эмоциональных контактах, автономии отдельных ее членов); 2) неполная семья (отсутствие кого-либо из родителей, что порождает разнообразные особенности семейных отношений и прежде всего размытые границы между матерью и ребенком); 3) ригидная (псевдосолидарная) семья, отличающаяся безоговорочным доминированием одного из членов за счет положения других, жесткой регламентацией семейной жизни; 4) распавшаяся семья (один из родителей живет отдельно, но в какой-то мере сохраняет контакты с прежней семьей и исполняет часть функций; при этом сохраняется сильная эмоциональная зависимость от него).

Но сколь бы сильно не отличались друг от друга подобные семьи, у них есть общее: члены семьи думают, чувствуют, переживают на одном уровне, а говорят, взаимодействуют на другом, что образует как бы скрытую инфраструктуру их жизни, своеобразный подтекст семейных отношений. Именно в этом подтексте и может скрываться причина, запускающая и фиксирующая наркотизацию подростка.

### Структура личности родителей наркозависимых подростков

Наши (В.Д.Менделевич, А.В.Алкина) исследования 20 родителей наркозависимых подростков в возрасте от 40 до 59 лет показали, что имеются существенные изменения структуры их личностных особенностей.

Проведенный анализ дает возможность выделить определенные личностные и характерологические особенности испытуемых. По тесту MMPI были получены следующие результаты (табл. 16).

Анализ результатов выявил и у мужчин, и у женщин пик по восьмой шкале (индивидуалистичности/аутизма/шизофрении) не превышающий уровня 70T, что отражает такие личностные качества, как: своеобразие иерархии ценностей, отгороженность от окружающих, индивидуалистичность, трудности в общении, субъективизм в оценке окружающих, склонность к раздумьям преобладает над действенной активностью; защитным механизмом является уход в мир фантазий. У мужчин эти особенности являются наиболее выраженными и к ним добавляется пик по первой шкале (невротического сверх контроля/ипохондричности) не превышающий уровень 70T,

*Таблица 16*

**Результаты исследований по MMPI**

| Испытуемые | Шкала лжи | Шкала достоверности | Шкала коррекции | Шкала невротического сверх контроля/ипохондричности | Шкала депрессии |
|---|---|---|---|---|---|
| Женщины | 0,3 | 3 | 7 | 11,1 | 8,53 |
| Мужчины | 0,8 | 3,4 | 8,1 | 12,75 | 8 |

| Шкала эмоциональной лабильности/истерии | Шкала социальной дезадаптации/психопатии | Шкала аффективной ригидности/паранойи | Шкала тревоги/психастении | Шкала индивидуалистичности/шизофрении | Шкала оптимизма/гипомании |
|---|---|---|---|---|---|
| 10,6 | 10,07 | 5,1 | 15,2 | 17,2 | 6,07 |
| 10 | 9,85 | 4,57 | 14,7 | 19,1 | 6,85 |

что отражает такие личностные качества, как: подавление спонтанности, сдерживание самореализации, контроль своих эмоций, инертность принятия решений. В межличностных отношениях доминирует высокая нравственная требовательность, лишенность свободы, независимости, раскованности. Скупость эмоциональных проявлений, осторожность и осмотрительность.

По данным опросника Кеттелла (рис. 13) были получены следующие результаты (табл. 17).

Так как средние значения (4–7 стена) не получают количественной интерпретации, а низкие значения (1–3 стена) отсутствуют, мы можем обратить внимание лишь два фактора, которые имеют доминантные значения и могут охарактеризовать особенности родителей наркозависимых подростков. Выделяются доминантные значения по факторам O (самоуверенность/чувство вины) и G (недобросовестность/высокая совестливость), что отражает такие особенности испытуемых, как: доминирование тревожно-депрессивного фона настроения, принижение своей компетентности, в компании держатся замкнуто, обособленно; при этом высоко развито чувство от-

*Таблица 17*

**Средние значения (в стенах) по опроснику Кеттелла**

| Испытуемые | A | B | C | E | P | G | H | I |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Родители | 6,3 | 4 | 6,3 | 4,3 | 7,3 | 8 | 5 | 6,3 |

| Испытуемые | L | M | N | O | Q | Q | Q | Q | МД |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Родители | 7 | 7 | 6,6 | 8,3 | 7,3 | 6,3 | 7,6 | 5 | 3,3 |




**Рис. 13.** Средние значения (в стенах) по опроснику Кеттелла.

ветственности, добросовестность, точность, аккуратность, порядочность. Можно предполагать, что полученные результаты отражают новый социально-психологический статус родителей в связи с появлением осуждаемого окружающими заболевания их детей.

Данные, полученные по Висбаденскому опроснику личности, представлены в таблице 18.

*Таблица 18*

**Средние значения по опроснику Пезешкиана (в баллах)**

| | | 3 4 5 min | 6 7 8 средн | 9 10 11 12 max | |
|---|---|---|---|---|---|
| Аккуратность | небрежный | | | * | педантичный |
| Чистоплотность | неряшливый | | | * | опрятный |
| Пунктуальность | непунктуальный | | | * | сверхпунктуальный |
| Вежливость | бесцеремонный | | | * | учтивый |
| Честность | скрытный | | * | | искренний |
| Усердие | ленивый | | | * | сверхстарательный |
| Обязательность | необязательный | | | * | обязательный |
| Бережливость | расточительный | | * | | скупой |
| Послушание | послушный | | | * | самостоятельный |
| Справедливость | несправедливый | | * | | справедливый |
| Верность | неверный | | | * | верный |
| Терпение | нетерпеливый | | * | | терпеливый |
| Время | успевающий | | | * | неуспевающий |
| Контакты | замкнутый | | * | | общительный |
| Доверие | подозрительный | | * | | доверчивый |
| Надежда | отчаявшийся | | | * | надеющийся |
| Нежность/секс. | отвергающий | | | * | зависящий |
| Любовь | требовательный | | | * | балующий |
| Вера/религия | безразличный | | | * | верующий |
| Тело/ощущения | здоровье | | * | | психосомат. наруш. |
| Деятельность | дезорганизация | | * | | «бегство» в работу |
| Контакты | замкнутость | | * | | «бегство» в общение |
| Фантазии | отсутствие | | | * | «бегство» в мечты |
| Я/мать | отвержение | | | * | принятие |
| Я/отец | отвержение | | * | | принятие |
| ТЫ | отчужденность | | * | | единство |
| МЫ | замкнутость | | * | | общительность |
| ПРА-МЫ | безразличие | | * | | фанатизм |

*Таблица 19*

**Средние показатели (в баллах) по тесту цветовых выборов Люшера**

| Цвета | Сумма баллов | Средние значения |
|---|---|---|
| 1 (синий) | 86 | 4,3 |
| 2 (зеленый) | 90 | 4,5 |
| 3 (красный) | 80 | 4 |
| 4 (желтый) | 103 | 5,15 |
| 5 (фиолетовый) | 102 | 5,10 |
| 6 (коричневый) | 85 | 4,25 |
| 7 (черный) | 65 | 3,25 |
| 8 (серый) | 104 | 5,2 |

Полученные результаты позволяют характеризовать обследованных родителей как педантичных, опрятных, сверхпунктуальных, учтивых, сверхстарательных, обязательных и верных. Схема приоритетных отношений испытуемых, разработанная в рамках дифференциально-аналитической концепции N.Pesechkian является гармоничной. Наблюдается незначительный сдвиг в сферу «фантазии/будущего», что можно назвать «бегством» в мечты.

Результаты исследования по проективному тесту цветовых выборов Люшера представлены в таблице 19.

Как видно из приведенных в таблице данных, наибольшим предпочтением пользуется серый цвет (0), наименьшим предпочтением – черный цвет (7). Средние показатели предпочтительных выборов выглядят следующим образом: 04521637. Данная последовательность цветовых выборов отражает следующие индивидуально-психологические особенности: человек хочет избавиться от не удовлетворяющей его ситуации и от бремени, которое ему приходится нести. То и другое угнетает его, кажется ему невыносимым. Ищет выход, но чувствует, что выхода нет, старается оградить себя от участия в спорах и конфликтах. При этом ведет себя тактично, искусно, настаивает на выполнении своих притязаний, но сам не готов идти на встречу пожеланиям других. Нервно истощен, раздражителен. Чувствует себя беспомощным в невыносимой и мучительной ситуации. Раздражен невозможностью достичь цели и чувствует нервное истощение. Хочет освободиться от этого состояния, избежать помех и свободно действовать согласно собственным убеждениям.

Средняя оценка уровня тревожности и стресса составила 5,05 баллов, что не является высоким показателем (максимальное количество баллов, указывающих на уровень стресса – 12). Но отмечалась динамика стресса, т.е. его нарастание, так как средняя оценка уровня стресса в первом выборе цветов составляла 4,05 балла.

Таким образом, результаты изучения эмоционально-личностных особенностей родителей наркозависимых подростков позволили сделать выводы о том, что у них отмечено наличие постоянного негативного эмоционального фона. Очевидно, что это может быть обусловлено ситуацией болезни подростка. Данные по тесту цветовых выборов Люшера подтверждают, что родители, чьи дети больны наркоманией, «чувствуют себя беспомощными в невыносимой и мучительной ситуации, хотят избавиться от не удовлетворяющей их ситуации и от бремени, которое им приходится нести. То и другое угнетает их, кажется невыносимым». Но негативный эмоциональный фон настроения может быть обусловлен также некоторыми личностными особенностями испытуемых, о чем свидетельствуют высокие результаты по фактору О (самоуверенность/чувство вины) в 16-факторном опроснике Кеттелла, что означает доминирование тревожно-депрессивного фона настроения, а также пик по первой шкале (невротический сверх контроль/ипохондричность) у мужчин в опроснике MMPI, что указывает на повышенный контроль собственных эмоций, скупость эмоциональных проявлений, лишенность раскованности, осторожность и осмотрительность. В сфере межличностных отношений для обследованных характерен субъективизм в оценке окружающих, отгороженность от окружающих, высокая нравственная требовательность, *лишенность независимости*, свободы, раскованности в отношениях, о чем свидетельствуют данные по опроснику MMPI. Также результаты по опроснику Кеттелла свидетельствуют об обособленности и замкнутости в компании, принижение своей компетентности. Своеобразие отдельных черт характера родителей обусловливает определенный стиль поведения. На основании проведенных тестов, можно заключить, что у испытуемых высоко развито чувство ответственности, точность, аккуратность, порядочность (16-факторный опросник Кеттелла); педантичность, опрятность, сверх пунктуальность, сверх старательность, учтивость, обязательность (Висбаденский опросник исследования личности); уход от участия в спорах, конфликтах, тактичность (цветовой тест Люшера). Кроме этого, по результатам опросника MMPI отмечается как защитный механизм «уход в мир фантазий», а по опроснику Пезешкиана – «бегство» в мечты.

В целом на основе всего вышеизложенного можно утверждать, что у родителей больных наркоманией отмечаются признаки созависимости и специфические индивидуально-психологические особенности.

Одной из наиболее распространенных форм отклоняющегося поведения вне психопатологических рамок считаются сверхценные психологические увлечения. Увлечением называют повышенный интерес к чему-либо с формированием пристрастного эмоционального отношения. При **сверхценном увлечении** все характеристики обычного увлечения усиливаются до гротеска, объект увлечения или деятельность становятся определяющим вектором поведения человека, оттесняющим на второй план или полностью блокирующим

любую иную деятельность. Классическим примером пароксизмального увлечения и «гиперувлечения» является состояние влюбленности, когда человек может быть полностью сосредоточен на объекте и субъекте эмоционального переживания, утрачивать контроль за временем, посвященным ему, игнорировать любые иные стороны жизнедеятельности. Существенными признаками сверхценных психологических увлечений считаются:

- глубокая и длительная сосредоточенность на объекте увлечения;
- пристрастное, эмоционально насыщенное отношение к объекту увлечения;
- утрата чувства контроля за временем, затрачиваемым на увлечение;
- игнорирование любой иной деятельности или увлечения.

Психологическое увлечение в отличие от психопатологического не выходит за границы традиционных для общества или отдельных его групп. Поэтому одно и тоже групповое или коллективное увлечение может включать как людей с обычным интересом к такому виду деятельности, так и увлеченных, и гиперувлеченных, захваченных *идеей фикс*. Сверхценные психологические увлечения входят в состав аддиктивного, патохарактерологического типов девиантного поведения, а также отклоняющегося поведения на базе гиперспособностей. Используя терминологию N.Peseschkian, при сверхценных увлечениях происходит *«бегство от реальности»* в какую-либо деятельность в ущерб другой и в ущерб гармонии личности в целом.

### *Гемблинг – игровая зависимость*

При сверхценном увлечении азартными играми человек склонен полностью посвящать себя игре, исключая любую иную деятельность. Игра становится самоцелью, а не средством достижения материального благополучия. Увлеченность азартными играми называется **гемблингом**. Выделяются следующие признаки, характерные для гемблинга, как разновидности аддиктивного типа девиантного поведения (Ц.П.Короленко, Т.А.Донских):

1. Постоянная вовлеченность, увеличение времени, проводимого в ситуации игры.

2. Изменение круга интересов, вытеснение прежних мотиваций игровой деятельности, постоянные мысли об игре, преобладание в воображении ситуаций, связанных с игровыми комбинациями.

3. «Потеря контроля», выражающаяся в неспособности прекратить игру как после большого выигрыша, так и после постоянных проигрышей.

4. Появление состояний психологического дискомфорта, раздражительности, беспокойства (т.н. «сухой абстиненции») через корот-

кие промежутки времени после очередного участия в игре с труднопреодолимым желанием приступить к игре («игровой драйв»).

5. Увеличение частоты участия в игре и стремление ко все более высокому риску.

6. Нарастание снижения способности сопротивляться соблазну («снижение игровой толерантности») возобновить игру.

Человек, склонный уходить от реальности в мир игр, выбирает данной вид поведения в связи с неприспособленностью к действительности, обыденности, которая перестает его удовлетворять и радовать. Он ищет в игре азарта и риска, бурных запредельных эмоций, которых не находит в повседневной жизни. Основой аддиктивного поведения в виде гемблинга является феномен «жажды острых ощущений» и, как следствие, высокой степени риска, игре «на грани фола», когда за секунду можно потерять все, что имеешь или приобрести «весь мир». В подобный вид аддиктивного поведения включаются карточные игры, рулетка, тотализатор и др.

Азартные игры не всегда связаны с денежным риском или риском для жизни. Азарт может быть связан с вымышленным риском при идентификации себя с участниками игр, к примеру компьютерных. Идеями фикс могут становиться спортивные игры, лотереи, разгадывание кроссвордов, а также сексуальные игры.

Патологическое влечение к азартным играм рассматривается с точки зрения пяти теоретических моделей (Зайцев В.В., 2000): а) наследственно-биологической, в рамках которой имеются указания на особенность у таких пациентов DRD-2 гена, определяющего функцию допаминовых рецепторов; б) поведенческой; в) когнитивной; г) психодинамической и д) социальной. B.Skinner рассматривал феномен патологической склонности к азартным играм в рамках поведенческой модели, считая, что в ее основе лежат появляющиеся в процессе взаимодействия индивида и среды аддиктивные паттерны поведения. Когнитивная теория связывает патологическую игру с когнитивными ошибками, иррациональными убеждениями и так называемой «иллюзией контроля». Типичны следующие когнитивные ошибки игроков (по M.Grifiths): персонификация игрового автомата («игровой автомат похож на меня») или типичное объяснение проигрыша («я проиграл потому, что был невнимателен»). К иррациональным убеждениям относят следующие четыре стержневые характеристики: нетерпеливость к длительным усилиям («я должен выиграть в следующей ставке»), низкая фрустрационная толерантность («это ужасно, если я не выиграю»), искажение самооценки («я ничто, если я не играю и не выигрываю»), преувеличение («я не могу существовать, если я не играю»). «*Иллюзия контроля*», описанная R.Ladouceur и M.Mayrand, предполагает, что игрок верит, что может контролировать случайные события посредством различных способов ритуального поведения.

Психодинамически ориентированные терапевты объясняют компульсивное поведение игрока доминирующими психологическими защитами, присущими обсессивно-компульсивной личности,

которая в условиях стресса и повышенных нагрузок преобразуются в симптоматическое поведение, приобретающее характер ритуала или компульсии. Наибольшее значение имеют такие защиты, как «уничтожение сделанного», «фантазии о всемогущественном контроле» и «реактивное образование» (Н.Мак-Вильямс).

С целью выявления особенностей прогностической и эмоционально-волевой деятельности лиц, подверженных гемблингу, нами (В.Д.Менделевич, И.Гаврикова) было проведено экспериментально-психологическое исследование. В исследовательской работе были выдвинуты 2 гипотезы: 1) у лиц с девиантным поведением в форме гемблинга прогностическая и эмоционально-волевая деятельность отличается от прогностической и эмоционально-волевой деятельности гемблинг-независимых личностей; 2) прогностическая и волевая деятельность гемблеров и наркоманов сходна и не имеет существенных различий.

Исследование включило в себя три выборки. Первая выборка составила 40 человек, имевших сверхценное увлечение азартными играми. Вторая выборка представляла собой контрольную группу из 25 человек, не имевших подобной формы девиации. Третья выборка составила 28 человек с наркотической зависимостью. В исследовании были использованы следующие методики: тест антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) В.Д.Менделевича, тест волевой регуляции Л.О.Пережогина, опросник УСК (уровень субъективного контроля Роттера) и тест Кеттелла.

При включении субъектов в основную выборку гемблеров – патологических игроков – мы ориентировались на критерии, представленные в МКБ-10. Необходимо отметить, что для формирования выборки не учитывались стадии игровой зависимости (инициальная стадия – стадия выигрышей, стадия социальной дезадаптации – стадия проигрышей и стадия полной декомпенсации – стадия отчаяния). Предположительно, исследованные гемблеры находились на 1 стадии, так как они не испытывали субдепрессивного фона настроения в состоянии абстиненции, а также другие сферы жизнедеятельности игроков (профессия, семья, друзья и т.д.) не подвергались пока негативным последствиям пристрастия к игре или подвергаются, но в малой степени. Хотя можно было говорить и о проблеме скрываемости тяжести своего расстройства, так как осознавая патологичность своего поведения, больные старались скрыть от окружающих интенсивность своей вовлеченности в игру. Состав выборки по полу включал 37 лиц мужского и 3 лица женского пола. Возраст гемблеров составлял в среднем 26 лет и колеблется в диапазоне от 18 до 39 лет. Длительность расстройства от 1 года до 10 лет. Что касается социальных характеристик, то в данной группе 29 человек не состояло в браке, 10 состояло и 1 был разведенным. Профессиональный разброс оказался широк (от студента до директора ООО).

Вторую выборку составили 25 человек, не имевших патологической склонности к азартным играм (либо не игравших вообще, либо не возобновлявших игровую деятельность после первичной игры).

Гендерный состав включил 21 лицо мужского и 4 лица женского пола. Средний возраст контрольной группы составил 23 года. В выборке были представлены лица в возрасте от 18 до 36 лет. По социальным характеристикам выборка составила 15 не состоявших в браке, 1-го разведенного и 9 состоявших в браке. Профессиональная принадлежность также была различной. Третью выборку составили 28 человек, имевших наркотическую зависимость (85% исследуемых мужского пола, возраст колебался в диапазоне от 16 до 30 лет).

Анализ литературы по проблеме гемблинга показал недостаточное раскрытие роли такого компонента, как прогностическая функция. Известно, что для гемблеров характерны когнитивные ошибки, в связи с этим представлялось интересным выявить, насколько развита у данной группы лиц способность к антиципации (прогнозированию). Прошлый опыт и наличная ситуация дают основание для создания гипотез о предстоящем будущем, причем каждой из них приписывается определенная вероятность. В соответствии с таким прогнозом осуществляется преднастройка-подготовка к действиям в предстоящей ситуации, приводящая с наибольшей вероятностью к достижению некоторой цели. Мы считаем, что гемблеры либо не делают прогнозов относительно последствий игрового поведения, либо делают их некорректно, совершая когнитивные ошибки.

Важным фактором для понимания механизмов формирования гемблинг-зависимости, по нашему мнению, является и волевая регуляция поведения. При теоретическом анализе литературы мы столкнулись с неопределенностью специфики волевой регуляции деятельности лиц с девиацией в форме гемблинга. Мы предполагаем, что какие-то аспекты волевой деятельности гемблеров изменены по сравнению с людьми, не подверженными гемблингу. На выбор теста повлияла многоаспектность волевой регуляции деятельности, предложенная в тесте Л.О.Пережогина, так как чем многограннее рассматривается волевая деятельность, тем более объективно и полно может выявиться специфика волевой деятельности исследуемых лиц.

Тест волевой регуляции включает в себя 7 шкал, призванных оценить наличие или отсутствие расстройства волевой деятельности.

1. Волевые действия (ВД) – для оценки действий, совершаемых без актуально переживаемой потребности в самом действии либо в его результатах, но за которыми стоит решение, направленное на удовлетворение потребности в отдаленном будущем, создание объективных ценностей на пользу общества или отдельных людей, удовлетворение требований коллектива, ближайшего окружения (при отсутствии собственной заинтересованности), подчинение нормам морали, принятым в обществе.

2. Преодоление препятствий (ПП) – для оценки показателя преодоления физических помех, сложности действия, новизны обстановки, выполнение социально заданных действий, преодоление внутренних состояний (болезнь, усталость), преодоление конкурирующих мотивов и целей.

3. Преодоление конфликта (ПК) – для выявления особенностей преодоления конфликта при выборе из двух и более несовместимых действий, целей, обусловленных разными мотивами и/или приводящих к разным последствиям, предпочтение личным или социальным мотивам, оценка собственно цели и ее возможных последствий.

4. Преднамеренная регуляция (ПР) – для раскрытия регуляции параметров действия (силы, скорости, темпа), торможение неадекватных психических процессов, особенно эмоциональных, организации психических процессов в соответствии с ходом деятельности, способности оказывать сопротивление рефлекторным действиям).

5. Автоматизм и навязчивости (АН) – для выявления легкости выработки навыков автоматизированных действий с утратой контроля за ними, наличия навязчивых действий, мыслей, которые воспринимаются без отчуждения, либо как чуждые личности.

6. Мотивы и влечение (МВ) – для выявления переживания первичного, ненаправленного влечения, переживания естественного инстинктивного побуждения.

7. Прогностическая функция (ПФ) – для оценки переживания собственно волевого акта, имеющего осознанную цель и сопровождаемое осознанным представлением о средствах и последствиях достижения цели, осознания свободы воли.

Известно, что в азартной игре люди надеются на удачу, фортуну, счастливый случай. Они уверены, что везение будет на их стороне, в том случае, если они будут ставить на «свой» цвет или число или придерживаться других ритуальных действий, то выигрыш будет им гарантирован. Вероятно, что и в других сферах жизнедеятельности гемблеры делегируют ответственность внешним факторам. Вследствие этого, необходимым представлялось введение понятия «локус контроля» – качества, характеризующее склонность человека приписывать ответственность за результаты своей деятельности внешним силам и обстоятельствам или же, напротив, – собственным усилиям и способностям.

Ранее в исследованиях было показано, что для лиц с экстернальной локализацией контроля характерна неуверенность в своих способностях, неуравновешенность, стремление откладывать реализацию своих намерений на неопределенный срок, безответственность, тревожность, подозрительность, агрессивность, конформность. Лица с внутренней, интернальной локализацией контроля, как правило, принимают ответственность за свои поступки на себя. Выявлено, что люди, обладающие внутренней локализацией контроля увереннее в себе, последовательней и настойчивей в достижении поставленной цели, они склонны к самоанализу, уравновешены, общительны, доброжелательны, независимы и т.д.

Внешняя или внутренняя локализация волевой деятельности, как считает А.В.Петровский, имеет свои как положительные, так и отрицательные социальные последствия, и является устойчивым качеством личности. Локализация контроля формируется в процессе воспитания.

Для выяснения специфики эмоциональных характеристик волевой деятельности гемблеров мы сочли необходимым изучить эмоциональную уравновешенность (стабильность, устойчивость), способность к подавлению собственных желаний ради соблюдения социальных норм, а также внутренний самоконтроль, т.е. способность к торможению импульсов (неадекватных). Для изучения интересующих параметров был выбран тест Кеттелла, с помощью которого определяется степень развития личностных качеств испытуемого по 16 биполярным факторам. Обоснованием для выбора данного теста является тот факт, что кроме интересовавших нас параметров, он дает многогранную дополнительную информацию об индивидуальности.

Список изученных показателей был следующим:

1. Общая антиципационная состоятельность (ОАС).
2. Личностно-ситуативная составляющая антиципации.
3. Пространственная составляющая антиципации.
4. Временная составляющая антиципации.
5. Волевые действия.
6. Преодоление препятствий.
7. Преодоление конфликта.
8. Преднамеренная регуляция.
9. Автоматизм, навязчивости.
10. Мотивы, влечения.
11. Прогностическая функция.

Статистическое сравнение показало достоверное различие с 1% уровнем надежности (P=0,01) **по параметру ОАС** (1): у гемблеров ОАС ниже, чем у контрольной группы (рис. 14). В выборке наркоманов данный показатель также ниже, чем у контрольной группы с тем же уровнем достоверности. Следовательно, общая способность к прогнозированию у гемблеров развита значительно хуже, чем в контрольной группе. Это дает основания предположить, что данная категория лиц действительно не может реально прогнозировать исход игры, прогнозировать последствия своей игровой деятельности, так как способность к антиципации развита недостаточно. Дополнительно можно сказать, что уровень развития данной способности у гемблеров и наркоманов не имеет существенных различий.

Достоверное различие с 1% уровнем надежности (P=0,01) обнаружено **по показателю личностно-ситуативная составляющая антиципации** (2): у гемблеров данный параметр ниже, чем в контрольной группе. Это означает, что коммуникативный уровень антиципации менее развит у патологических игроков, чем в контрольной группе. Но при этом было обнаружено достоверное различие с 5% уровнем надежности (P=0,05) между гемблерами и наркоманами по этому параметру: наркоманы имеют более высокие результаты.

**По показателю пространственная составляющая антиципации** (3) у гемблеров результаты не отличаются существенно от контрольной группы. Но у наркоманов результаты ниже с 1% уровнем надежности по сравнению с контрольной группой и, соответственно, с пато-

логическими игроками. Т.е. наркоманы значительно хуже, чем гемблеры, могут предвосхищать движение предметов в пространстве, упреждать их, координировать собственные движения, проявляя моторную ловкость.

**По показателю временная составляющая антиципации** (4) ситуация приблизительно та же. У наркоманов результаты ниже, чем у контрольной группы с 5% уровнем достоверности (P=0,05), но способность прогнозировать и точно распределять время не имеет существенных различий у гемблеров и наркоманов.

Результаты статистического сравнения по тесту волевой регуляции (5–11 показатели) демонстрировали расстройства по следующим параметрам (рис. 15).

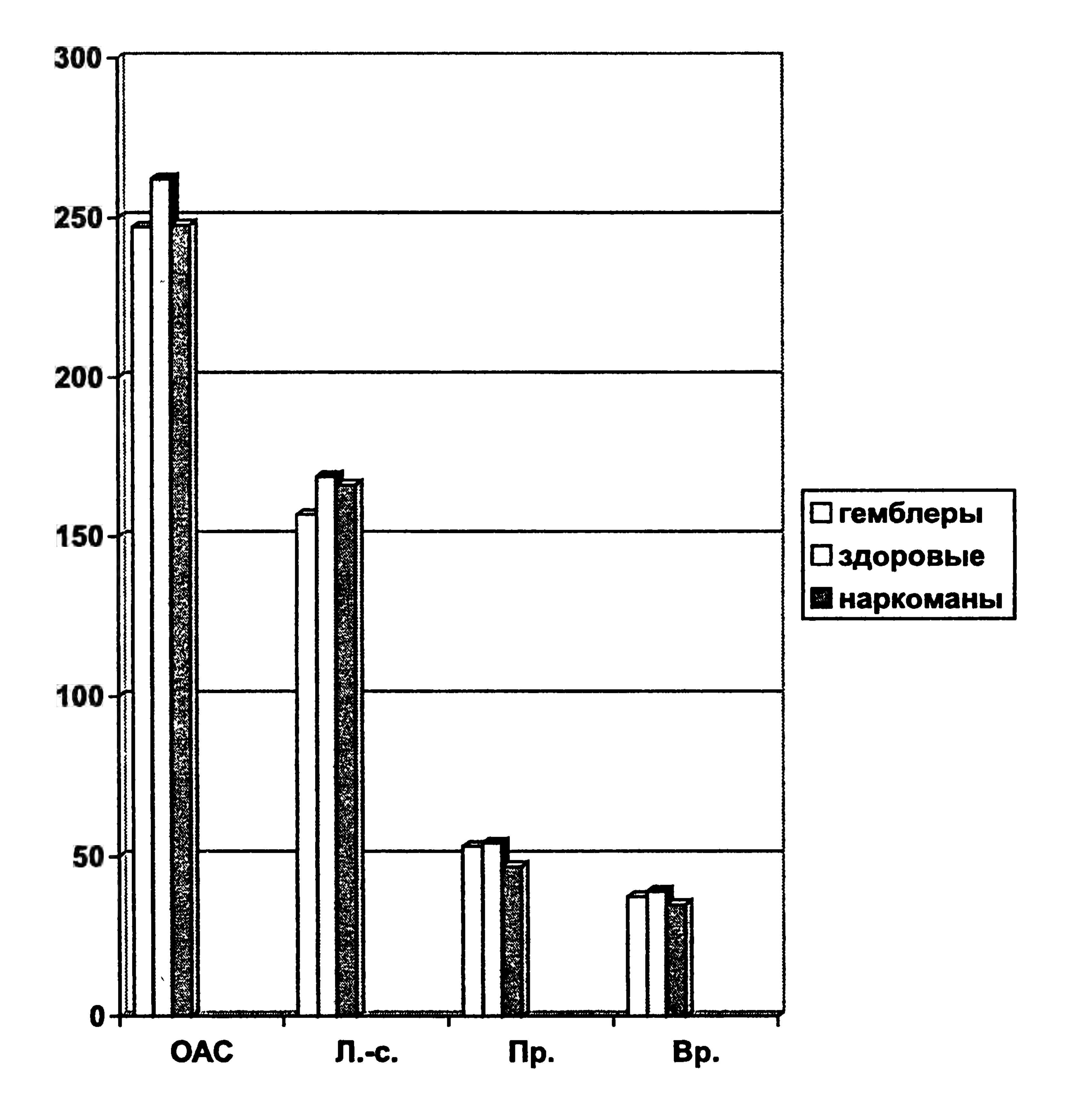



**Рис. 14**. Результаты тсследований по ТАС (ПК).

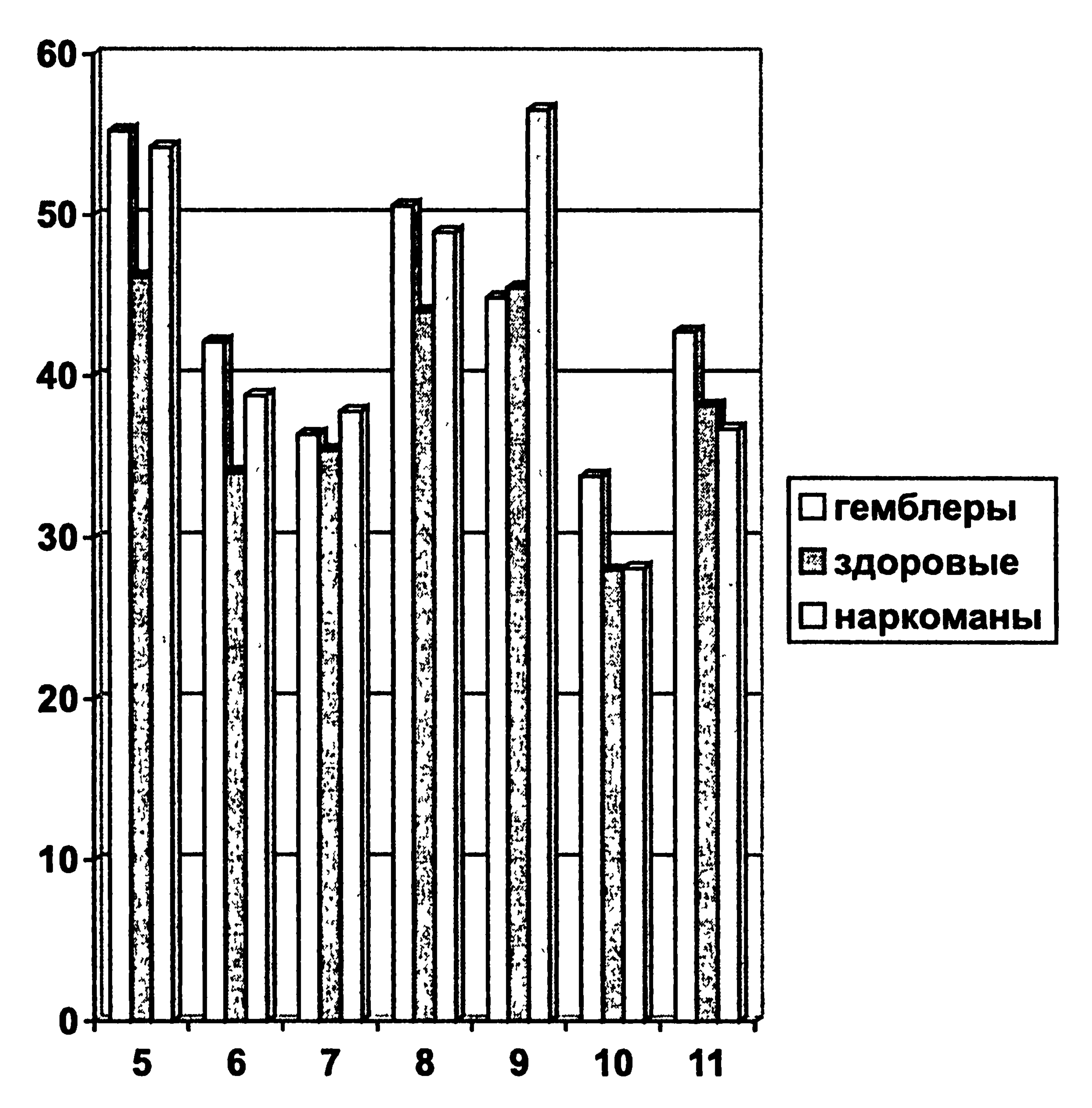



**Рис. 15**. Результаты исследований по тесту волевой регуляции.

Достоверное различие с 5% уровнем надежности (P=0,05) наблюдается по **показателю волевые действия** (5): у гемблеров расстройство по этому параметру выражено гораздо ярче, чем в контрольной группе. Пилотажные исследования, проведенные нами ранее, не показали достоверных различий по этому параметру, но при увеличении выборки (с 15 до 40 человек), мы наблюдаем различие с 5% уровнем надежности. Таким образом категория лиц, подверженных гемблингу, не может совершить действие (волевое), не испытывая в нем актуальной потребности. Например, действие – подавить, затормозить игровой импульс – не носит характер заведомо необходимого, а лишь направлено на удовлетворение потребности в отдаленном будущем (сохранить некоторую сумму денег, например), не может быть реализовано гемблером в силу нарушения волевых действий. Различие по этому показателю с тем же уровнем достоверности (P=0,05)

наблюдается у наркоманов по сравнению с контрольной группой. Следовательно, поведение гемблеров и наркоманов в этом аспекте также не демонстрирует существенных различий.

**По параметру преодоление препятствий** (6) обнаружено достоверное различие с 5% (P=0,05) уровнем достоверности: у гемблеров по отношению к контрольной группе выражено расстройство. Исследование, проведенное нами ранее, также не демонстрировало достоверных различий, в этом случае мы тоже можем говорить о влиянии количественного увеличения выборки. Сознательное преодоление препятствий на пути к цели включает преодоление внутренних состояний (болезнь, усталость), преодоление конкурирующих мотивов и целей. Вероятно, категория лиц, подверженных гемблингу, испытывает определенные трудности с преодолением препятствий. Невозможность адекватного разрешения возникающих препятствий может быть провокатором очередного игрового срыва. А также в ситуации выбора противоположно направленных целей и мотивов, конфликта конкурирующих тенденций такие лица не могут адекватно преодолевать возникающие трудности, и у них может возникнуть стремление к аффективной разрядке, чему может способствовать игровой процесс. По данному параметру существенные различия между гемблерами и наркоманами не выявлены.

**По параметру автоматизм, навязчивости** (9) обнаружено достоверное различие с 1% (P=0,01) уровнем надежности между наркоманами и гемблерами: расстройство более выражено у наркоманов. Т.е. для наркоманов характерна легкость выработки навыков автоматизированных действий с утратой контроля над ними, наличием навязчивых мыслей, действий. Различие по этому параметру лишь с 5% (P=0,05) уровнем достоверности обнаружено между выборкой наркоманов и контрольной группой, т.е. показатели расстройства по параметру автоматизмы, навязчивости у гемблеров ниже даже в сравнении с контрольной группой. Это можно объяснить тем, что лица со сверхценным увлечением азартными играми контролируют навязчивые действия, мысли или им кажется, что они контролируют, т.е. здесь может иметь место описанная в литературе «иллюзия контроля». Патологическому игроку значительно труднее признать себя больным, зависимым от чего-либо, чем алкоголикам или наркоманам.

По остальным параметрам данного теста достоверных различий не обнаружено. Можно предположить, что при увеличении объема выборки эти различия были бы установлены, так как у гемблеров прослеживаются тенденции к нарушению, по сравнению с контрольной группой, остальных параметров волевой регуляции.

Дополнительно было проведено статистическое сравнение по t-критерию Стьюдента двух выборок: гемблеров и контрольной группы по другим параметрам для достижения цели исследования и верификации гипотезы. Сравнение было проведено по 24 показателям:

1. Интернальность общая.
2. Интернальность достижений.
3. Интернальность неудач.

4. Интернальность семейная.
5. Интернальность производственная.
6. Итернальность межличностная.
7. Интернальность здоровья.
8. Озабоченность – доброжелательность.
9. Низкий интеллект – высокий интеллект.
10. Эмоциональная неуравновешенность – эмоциональная уравновешенность.
11. Зависимость – доминантность.
12. Озабоченность – беспечность.
13. Недобросовестность – высокая совестливость.
14. Робость – смелость.
15. Суровость – мягкосердечность.
16. Доверчивость – подозрительность.
17. Практичность – мечтательность.
18. Наивность – проницательность.
19. Самоуверенность – склонность к чувству вины.
20. Консерватизм – радикализм.
21. Социабельность – самодостаточность.
22. Импульсивность – контроль желаний.
23. Расслабленность – напряженность.
24. Чувствительность – реактивная уравновешенность.

Результаты сравнения по тесту УСК (рис. 16) оказались следующими. **По параметру интернальность общая** (12) обнаружено различие с 5% (P=0,05) уровнем достоверности: гемблеры обладают более низкими результатами по данному параметру, чем контрольная группа, что говорит о низком уровне субъективного контроля. Т.е. патологические игроки не видят связи между своими действиями и значимыми для них событиями их жизни, не считают себя способными контролировать их развитие и полагают, что большинство их является результатом случая или действия других людей.

**По параметру интернальность неудач** (14) выявлено различие с 1% уровнем надежности (P=0,01): у гемблеров экстернальная локализация контроля по этому параметру. Это является свидетельством того, что патологические игроки склонны приписывать ответственность за подобные события другим людям или считать их результатом невезения. Данный факт подтверждается тем, что проигрыши действительно воспринимаются игроками как результат невезения (это специфика азартной игры), но постоянная ориентация на внешние силы не дает игрокам возможность извлечь уроки из опыта.

**По параметру интернальность семейная** (15) обнаружено различие с 5% уровнем достоверности (P=0,05): патологические игроки имеют низкие показатели в сравнении с контрольной группой. Экстернальность по этому параметру указывает на то, что гемблеры считают своих партнеров причиной значимых ситуаций, возникающих в семье. Т.е. они и в данной сфере не берут, в основном, ответственность за происходящее на себя, хотя естественно необходимо учитывать ситуативность.

Рис. 16. Результаты исследований по УСК.

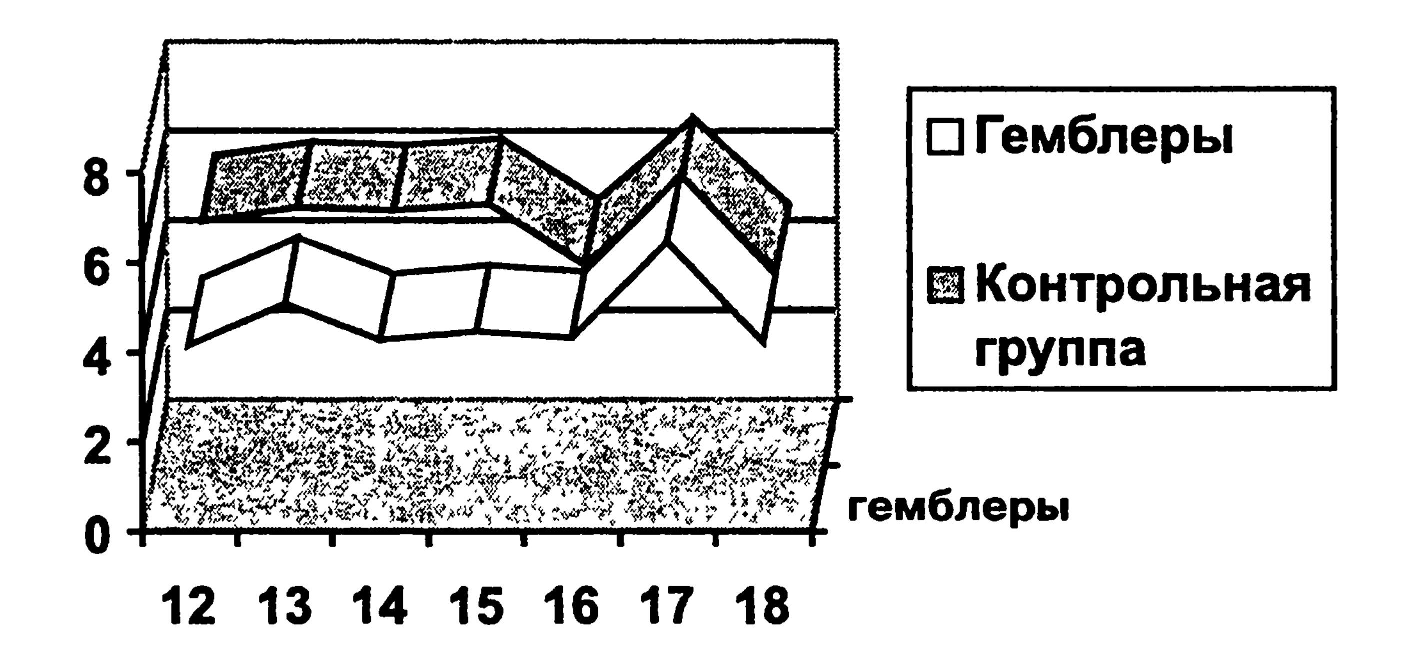



Рис. 17. Результаты исследований по УСК.

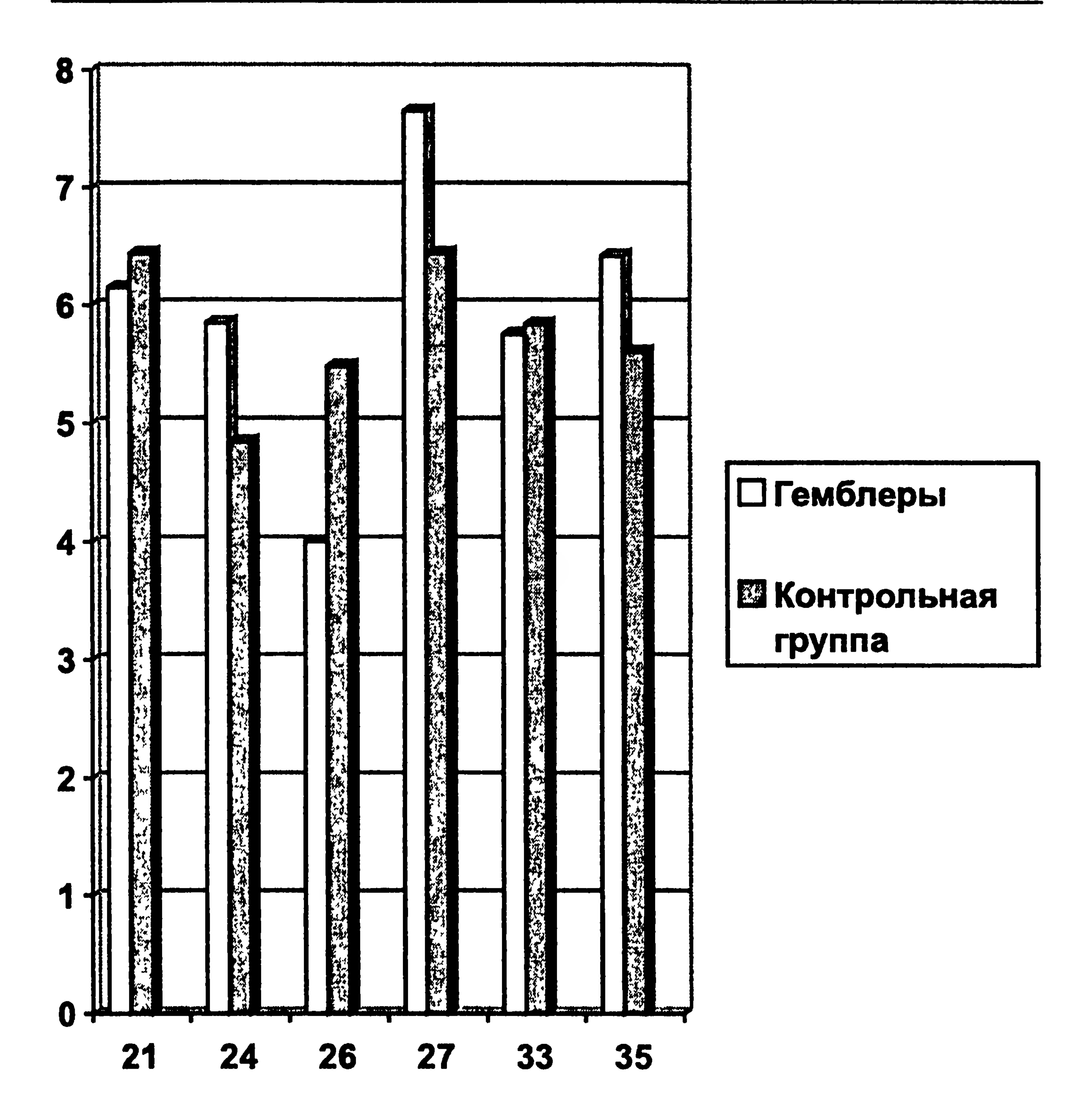



**Рис. 18.** Результаты исследований по тесту Кеттела.

По остальным показателям не выявлено достоверных различий, хотя можно увидеть тенденцию к общей экстернальности профиля (рис. 17). Единственный параметр, по которому у гемблеров наблюдается интернальность больше, чем у контрольной группы, – межличностные отношения.

Данные исследования по тесту Кеттелла (рис. 18) показали, что **по параметру недобросовестность – высокая совестливость** (24) гемблеры демонстрируют более высокие показатели в сравнении с контрольной группой, уровень достоверности 5% (P=0,05).Так как фактор в целом определяет, в какой степени различные нормы и запреты регулируют поведение и отношения человека, можно утверждать, что гемблеры обладают чувством ответственности, стойкостью моральных принципов, осознанно соблюдают нормы и правила пове-

дения, настойчивы в достижении цели, т.е. они не склонны к антисоциальному поведению. Эти данные можно прокомментировать следующим образом: данная категория патологических игроков не совершает каких-либо антисоциальных действий, так как их зависимость находится в инициальной стадии, т.е. не развита настолько, чтобы страдали другие сферы жизнедеятельности, а свою игровую деятельность они не осознают как неконтролируемую. Здесь имеет место «иллюзия контроля», так как в обратном случае результаты были бы противоположными.

**По параметру суровость — мягкосердечность** (26) выявлено различие с 1% (Р=0,01) уровнем достоверности: у гемблеров наблюдаются более низкие показатели по сравнению с контрольной группой. Т.е. патологических игроков можно охарактеризовать как эмоционально-стабильных, суровых, практичных, реалистичных. Контрольная группа демонстрирует мягкость, мечтательность, утонченность, чувствительность. Исходя из интерпретации фактора, можно сделать вывод, что для азартных игроков характерен практицизм, что их более интересуют материальные ценности, нежели духовные.

**По параметру доверчивость — подозрительность** (27) результаты гемблеров выше, чем в контрольной группе с 5% (Р=0,05) уровнем надежности. Фактор в целом говорит об эмоциональном отношении к людям. Патологические игроки демонстрируют подозрительность, осторожность, завистливость, эгоцентризм, завышенную самооценку. Т.е. эти люди переоценивают себя, в связи с этим интересно было бы провести отдельное исследование самооценки патологических игроков.

**По параметру чувствительность — реактивная уравновешенность** (35) у гемблеров наблюдаются более высокие показатели с 5% (Р=0,05) уровнем достоверности, чем в контрольной группе. Это говорит о стабильности, решительности, предприимчивости, возможных трудностях из-за слишком поспешных действий без достаточных размышлений.

По остальным интересующим нас показателям достоверных различий не выявлено, что мы объясняем количественной недостаточностью выборки. Мы также предполагаем, что необходимо посмотреть на эмоциональные характеристики с несколько иной стороны: вероятно о гемблерах нужно говорить не как об эмоционально неустойчивых, а как о лицах, имеющих особенности эмоциональных характеристик волевой деятельности, характерных для азартности, как черты личности. Хотя можно говорить о тенденции к эмоциональной лабильности у гемблеров, основываясь на понижении средних значений по параметрам эмоциональная неустойчивость — эмоциональная устойчивость и импульсивность — контроль желаний по сравнению с контрольной группой.

Анализ корреляционной структуры в выборке гемблеров (рис. 19) показал, что одним из системообразующих факторов является эмоциональная неуравновешенность — эмоциональная уравновешенность (21). **Эмоциональная уравновешенность прямо коррелирует с общей интернальностью** (12) (Р=0,05). Т.е. человек с низким субъективным кон-

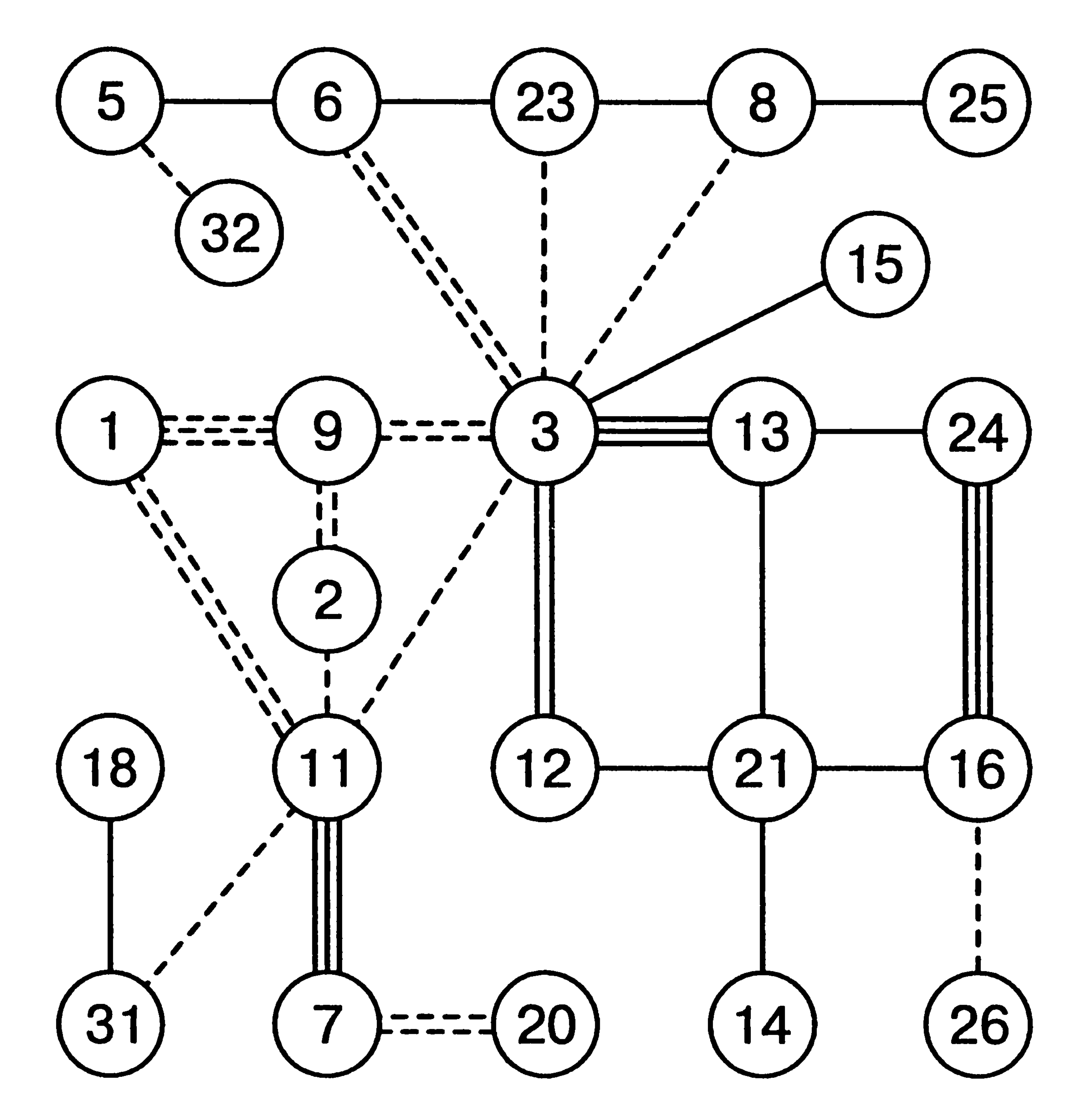



Рис. 19. Корреляционная структура выборки гемблеров.

тролем (склонный считать свои успехи и неудачи следствием обстоятельств) эмоционально неустойчив. Эта корреляция демонстрирует прямую зависимость между локализацией контроля волевой деятельности и эмоциональной лабильностью. Статистическое сравнение не показало достоверных различий особенностей эмоциональности гемблеров в отличие от контрольной группы. Но, тем не менее, мы видим, что склонность приписывать ответственность за происходящее внешним факторам коррелирует с эмоциональной неустойчивостью, которая не осознается патологическими игроками, как присущая им.

**Эмоциональная уравновешенность прямо коррелирует с интернальностью неудач** (14) (P=0,05). Нами было установлено с высоким уровнем достоверности, что гемблеры не считают себя ответственными за неудачи, следовательно, их эмоциональная устойчивость (в нашем случае способность не поддаться непреодолимому [компульсивному] игровому импульсу) не столь высока.

**Эмоциональная уравновешенность прямо коррелирует с интернальностью производственной** (16) (P=0,05). Низкая эмоциональная устойчивость влечет перекладывание ответственности в профессиональной сфере на внешние факторы.

**Эмоциональная уравновешенность прямо коррелирует с интернальностью достижений** (13) (P=0,05), т.е. субъективный контроль над позитивными событиями тем выше, чем выше сила Эго.

Обобщая данные взаимозависимости, можно сказать, что выявленное нами смещение профиля личности гемблеров в сторону экстернальности указывает на видимую тенденцию к эмоциональной неуравновешенности.

**Параметр автоматизм, навязчивости** (9) обратно коррелирует с ОАС (1) (P=0,001): чем лучше общая способность к прогнозированию жизненных событий и ситуаций, тем меньше проблем возникает с контролем навязчивых тенденций (мысли, действия и т.д.). Так как способность к прогнозированию у патологических игроков достоверно ниже, чем в контрольной группе, то вероятно, навязчивые тенденции далеко не всегда поддаются эффективному контролю у данной категории лиц.

**Обратная корреляция** установлена **между автоматизмом, навязчивостями** (9) **и личностно-ситуативной составляющей антиципации** (2) (P=0,01), т.е. умение прогнозирования коммуникаций обусловливает хороший контроль над автоматическими действиями и навязчивостями.

**Обратная корреляция** (P=0,01) обнаружена **между расстройством способности к преодолению конфликта** (7) и **интеллектом** (20), т.е. высокий уровень интеллекта обусловливает умение эффективно преодолевать конфликтные ситуации.

Расстройство по показателю **волевые действия** (5) **обратно коррелирует** с фактором **социабельность – самодостаточность** (32) (P=0,05). Чем лучше развита способность реализовывать волевые действия, тем больше самодостаточность, независимость от социума. Следовательно, нарушения волевой регуляции гемблеров влекут за собой потребность в социальном одобрении, поддержке, признании, это является значимым для гемблеров. Известно, что азартные игры происходят в атмосфере демонстративности, когда другие игроки и «сочувствующие» видят социальный статус, уровень материальной состоятельности, некоторую «успешность» по ставкам, случайным выигрышам, VIP-залам. Вероятно, это связано с потребностью в социальной оценке, желание «быть на виду» может быть еще одной связью, крепко соединяющей человека с игрой.

**Прямая корреляция** обнаруживается **между волевыми действиями** (5) и **фактором озабоченность – беспечность** (23) (P=0,05). Так как патологический игрок имеет расстройство волевых действий, то он беспечен, легко воспринимает жизнь, верит в удачу, свою счастливую звезду, импульсивен, подвижен.

**Прямо коррелирует преднамеренная регуляция** (8) **и озабоченность — беспечность** (23) (Р=0,05). Неумение патологического игрока тормозить неадекватные психические процессы (особенно эмоциональные) находится в непосредственной связи с тем, что он беспечен, импульсивен, верит в удачу.

**Преднамеренная регуляция** (8) **прямо коррелирует с робостью — смелостью** (25) (Р=0,05). Слабая способность к торможению импульсов связывается со стрессоустойчивостью, смелостью, решительностью, тягой к риску и острым ощущениям, быстрым забыванием неудач.

**Интернальность достижений** (13) **прямо коррелирует с высокой совестливостью** (24) (Р=0,05). Чем более человек считает себя ответственным за свои успехи, тем более можно говорить о его настойчивости в достижении цели, деловой направленности, соблюдении норм и правил.

**Производственная интернальность** (16) **прямо коррелирует с высокой совестливостью** (24) (Р=0,01). Внутренняя локализация контроля в производственной сфере обусловливает социальную ответственность, выполнение социальных норм и правил.

Одним из системообразующих факторов является пространственная составляющая антиципационной состоятельности (3). Этот параметр имеет 8 связей, перечислим некоторые.

Установлена **обратная корреляция между пространственной антиципацией** (3) **и расстройством по параметру преодоление препятствий** (6) с уровнем достоверности Р=0,01. Это означает, что чем большей пространственной антиципацией обладает гемблер, тем меньше трудностей он испытывает, преодолевая препятствия.

**Обратная корреляция** с уровнем значимости Р=0,01 установлена **между пространственной антиципацией** (3) **и автоматизмом, навязчивостями** (9), т.е. при улучшении способности к пространственному прогнозированию, легче происходит выработка автоматизированных действий и эффективно осуществляется контроль над ними.

Анализ корреляционную структуру в контрольной группе (рис. 20) показал, что одним из системообразующих факторов является преднамеренная регуляция (8), имеет 6 связей. **Обратная корреляция** выявлена **между преднамеренной регуляцией и озабоченностью — доброжелательностью** (19) (Р=0,01; >0,51). В контрольной группе высокая способность оказывать сопротивление рефлекторным действиям обусловливает доброжелательность, открытость в общении.

**Преднамеренная регуляция обратно коррелирует с эмоциональной неуравновешенностью** (21) (Р=0,05; >0,40). При повышении способности к торможению неадекватных психических процессов, особенно эмоциональных, наблюдается повышение эмоциональной устойчивости.

**Преднамеренная регуляция прямо коррелирует с чувствительностью — реактивной уравновешенностью** (35) (Р=0,05). В контрольной

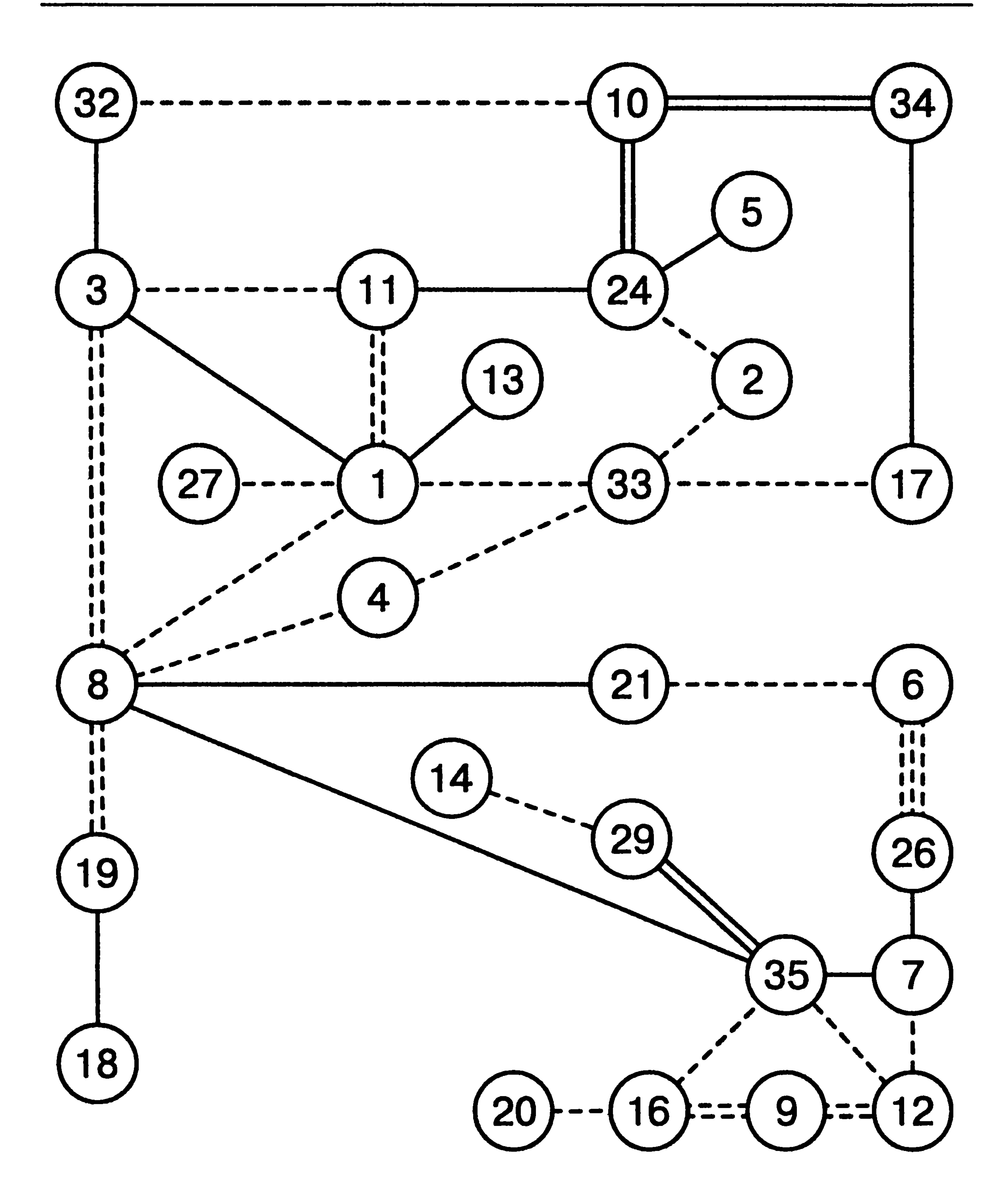



**Рис. 20.** Корреляционная структура контрольной группы.

группе высокая способность оказывать сопротивление рефлекторным действиям связывается с сензитивностью, спокойствием, т.е. перед тем, как действовать, данная категория лиц проводит тщательный анализ ситуации.

**Расстройство преднамеренной регуляции обратно коррелирует с временной составляющей антиципации** (4) (Р=0,05), т.е. высокая способность к торможению импульсов дает возможность прогнозировать, сколько времени займет то или иное действие, в связи с этим становится возможным планирование деятельности.

**Расстройство преднамеренной регуляции обратно коррелирует с ОАС** (1) (Р=0,05) **и пространственной составляющей антиципации** (3) (Р=0,01).

Следующий системообразующий фактор – ОАС (1), имеет 6 связей.

**Обратная корреляция установлена между ОАС и доверчивостью – подозрительностью** (27) (Р=0,05). Поскольку лица данной выборки хорошо прогнозируют события и ситуации, то их характеризует доверчивость, откровенность в отношении к людям, так как они предполагают, чего можно ожидать.

**ОАС прямо коррелирует с пространственной составляющей антиципации** (3) (Р=0,05).

**ОАС обратно коррелирует с расстройством прогностической функции** (11) (Р=0,01).

**ОАС прямо коррелирует с интернальностью достижений** (13) (Р=0,05). Т.е. при повышении способности к прогнозированию, локус контроля становится более интернальным., т.е. внутренним.

**ОАС обратно коррелирует с импульсивностью – контролем желаний** (33) (Р=0,05). Чем выше способность к прогнозированию, тем ниже самоконтроль, особенно над желаниями.

Следующий системообразующий фактор – чувствительность – реактивная уравновешенность (35).

**Чувствительность – реактивная уравновешенность прямо коррелирует с расстройством преодоления препятствий** (6) (Р=0,05). Т.е. чувствительность, спокойствие обусловливает высокую способность преодолевать конкурирующие цели, мотивы, внутренние состояния.

**Чувствительность – реактивная уравновешенность прямо коррелирует с расстройством преодоления конфликта** (7) (Р=0,05). Чем человек спокойнее, чем больше времени он затрачивает на размышления перед непосредственным действием, тем лучше данное лицо преодолевает возникающие конфликтные ситуации.

**Чувствительность – реактивная уравновешенность обратно коррелирует с общей интернальностью** (12) (Р=0,05). Чем больше данная выборка демонстрирует чувствительность, спокойствие, тем интернальнее локус контроля, тем больше человек берет ответственность за происходящее на себя.

**Чувствительность – реактивная уравновешенность обратно коррелирует с интернальностью производственной** (16) (Р=0,05). Чувствительность, спокойствие обусловливает взятие на себя ответственности в профессиональной сфере.

При дивергентном анализе выявлено различие в коэффициентах корреляции между преодолением препятствий (6) и суровостью – мягкосердечностью (26) с уровнем значимости (Р=0,01) Тф=3,407. В выборке гемблеров данные показатели не демонстрируют взаимозависимости, а в контрольной группе умение преодолевать препятствия (противоположно направленные тенденции, например) обусловливает мягкость, чувствительность, мечтательность.

Выявлено различие в коэффициентах корреляции между преднамеренной регуляцией (8) и озабоченностью – доброжелательностью

(19) с уровнем значимости (Р=0,01) Тф=3,381. Эти показатели не взаимосвязаны в выборке патологических игроков, а в контрольной группе высокая способность к торможению неадекватных психических процессов достаточно высоко коррелирует с общительностью, доброжелательностью.

Достоверное различие (Р=0,01) Тф=3,073 в коэффициентах корреляции обнаружено между интернальностью неудач (14) и наивностью – проницательностью (29). В выборке гемблеров эти показатели также не взаимосвязаны, а в контрольной группе внутренний локус контроля волевой деятельности в восприятии неудач говорит об открытости, прямолинейности, наивности.

Выявлено различие в коэффициентах корреляции между производственной интернальностью (16) и недобросовестностью – высокой совестливостью (24) с уровнем достоверности (Р=0,01) Тф=3,441. Высокая взаимозависимость между показателями проявляется в выборке гемблеров. Чем интернальнее локус контроля, тем выше соблюдение норм и правил и наоборот. В контрольной группе эти параметры не взаимосвязаны достоверно.

Различие в коэффициентах корреляции установлено между интернальностью неудач (14) и эмоциональной неуравновешенностью – эмоциональной уравновешенностью (21), уровень значимости (Р=0,05) Тф=2,438. В выборке гемблеров данные показатели взаимосвязаны друг с другом. Списывание ответственности за неудачи на внешние факторы говорит об эмоциональной неуравновешенности, в контрольной группе параметры не взаимосвязаны достоверно.

Таким образом, на основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Общая способность к прогнозированию жизненных событий и ситуаций и личностно-ситуативная составляющая антиципации у гемблеров ниже, чем в контрольной группе, что говорит о невозможности реального прогноза последствий игровой деятельности. Общая способность к прогнозированию, к предвосхищению результатов не отличаются существенно у гемблеров и наркоманов, хотя пространственная антиципация у наркоманов ниже, а личностно-ситуативная выше.

2. По параметру волевые действия у гемблеров расстройство выражено по сравнению с контрольной группой. Результаты гемблеров и наркоманов не имеют существенных различий по этому параметру. У патологических игроков наблюдается расстройство преодоления препятствий, результаты наркоманов не отличаются существенно от результатов гемблеров.

3. По параметру автоматизм, навязчивости результаты гемблеров достоверно ниже, чем у наркоманов и сравнительно ниже, чем в контрольной группе, что может свидетельствовать о невосприятии азартной игры патологическими игроками как неконтролируемой и существовании «иллюзии контроля».

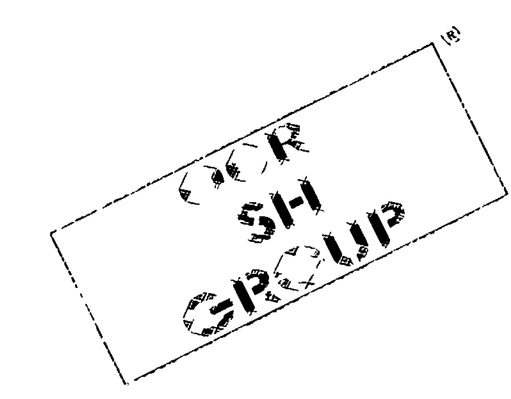
4. Наблюдается тенденция к общей экстернальности локуса контроля волевой деятельности у патологических игроков по сравнению с контрольной группой.

5. Патологические игроки практичны, осторожны, имеют завышенную самооценку, считают, что могут контролировать свои желания ради соблюдения социальных норм.

6. Наблюдается тенденция к эмоциональной лабильности, но предлагается говорить лишь об особенностях эмоциональных характеристик волевой деятельности.

7. Смещение профиля личности в сторону экстернальности у гемблеров находится в прямой зависимости с эмоциональной неуравновешенностью.

8. Расстройство волевых действий влечет за собой потребность в социальной оценке, одобрении, а также беспечность и веру в удачу.



# ГЛАВА 5. НАРКОЗАВИСИМОСТЬ И КОМОРБИДНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ЗАБОЛЕВАНИЯ

Под термином коморбидность в медицине подразумевают понятие «соболезненности», сосуществования двух или более заболеваний у одного и того же пациента. В психиатрии в отличие от соматической медицины возможность сочетания нескольких заболеваний, имеющих самостоятельные механизмы, вызывает больше вопросов нежели ответов (Калинин В.В., 2002).

В связи с этим, понятие коморбидности в области психиатрии и психологии девиантного поведения может рассматриваться в двух аспектах: во-первых, в традиционном – соболезненности, сочетании признаков нескольких заболеваний у одного и того же пациента; во-вторых, в аспекте сходных, взаимовлияющих этиопатогенетических механизмов различных психических и поведенческих расстройств у одного и того же больного или девианта. Первый аспект можно назвать количественным, второй – качественным. В рамках второго в отличие от первого можно ставить и изучать вопрос о патогенетических и патопластических факторах возникновения психопатологической продукции, что несомненно более значимо на современном этапе развития науки.

В предыдущей главе был представлен анализ и приведены результаты собственных исследований по проблеме коморбидности (сочетаемости на основании этиопатогенетического единства) наркозависимости с иными формами зависимого поведения. В данном разделе анализируется проблема коморбидности наркозависимости и иных форм зависимостей и психических расстройств (на уровне симптомов и синдромов) и заболеваний.

По данным S.T.Cohen, R.Weiss (1996) распространенность психических заболеваний у пациентов, употребляющих наркотические вещества, статистически больше, чем у остального населения. Установлено, что более чем 50% людей, имевших проблемы в связи с употреблением наркотических веществ, имело, по крайней мере, еще одну психическую проблему, в том числе у 26% отмечалась лабильность настроения, у 28% – страх, у 18% – антисоциальные изменения личности и у 7% – шизофрения.

По мнению тех же авторов, злоупотребление наркотическими веществами и психопатология могут иметь несколько осей связей: 1) психопатология может служить фактором риска развития расст-

ройств, связанных с наркоманией, 2) психические расстройства могут возникать вследствие злоупотребления наркотическими веществами и сохраняться во время ремиссии, 3) психопатология может влиять на развитие патологии, связанной с наркоманией, в частности изменять результативность лечения, выраженность симптомов и появления отдаленных последствий, 4) симптомы психического заболевания и проявления наркотической зависимости со временем могут стать схожими, 5) употребление наркотических веществ и психические нарушения могут встречаться у одного и того же человека, но не быть связанными друг с другом. Центром нашего внимания является патогенетическая связь между психопатологией и наркозависимостью в случаях, когда симптомы и синдромы психических расстройств и заболеваний служат базой для формирования зависимости. Это связано с устойчивой и широкораспространенной точкой зрения, представленной в мировой психиатрической литературе о том, что «истинной причиной влечения к психоактивным веществам может быть первичное психическое расстройство» (Moussaoui D., 2001).

По данным исследований D.Black, T.Moyers (1998), отмечается коморбидность игровой зависимости (гемблинга) с периодически возникающими расстройствами настроения, алкоголизацией, наркотизацией, тревожными, обсессивно-компульсивными, шизоидными и параноидными расстройствами личности.

## *Зависимости в структуре психопатологических симптомов и синдромов*

Расстройства различных сфер психической деятельности по данным отечественных и зарубежных авторов, а также на основании результатов собственных исследований, могут служить базой для формирования зависимого поведения, в том числе наркомании. Наиболее значимой считается связь между психопатологическими симптомами и *патологическим влечением* к наркотику, алкоголю, никотину, игровой деятельности, сексуальным действиям и т.д.

Вопрос о связи **депрессии** с наркотической или иной зависимостью в форме патологического влечения в настоящее время наиболее широко разработан (Rodgers B., Korten A., Jorn A., 2000; Crocq M.-A., 2001; Sullivan P.F., Kendler K.S., 2001; Надеждин А.В., 1995). Считается, что в основе патологического влечения лежат депрессивные расстройства, отличающиеся полиморфностью, нечеткостью синдромального оформления и носящие нередко ларвированный характер. При этом указывается на тот факт, что практически не встречается классическая депрессивная триада, отсутствует витальность симптоматики.

Наши исследования 54 наркозависимых показали, что феноменология депрессивного синдрома, провоцировавшего у них патоло-

гическое влечение к употреблению психоактивного вещества была представлена следующими клиническими вариантами: 1) депрессивными переживаниями с оттенком понижения настроения и тревожностью (13 чел.); 2) депрессивными переживаниями с оттенком понижения настроения и тоскливостью (18 чел.); 3) депрессивными переживаниями с оттенком понижения настроения и гневливостью (8 чел.); 4) депрессивными переживаниями с пониженным настроением и чувством субъективного внутреннего дискомфорта (7 чел.); 5) эмоциональными состояниями с оттенком снижения уровня эмоционального реагирования (5 чел.); 6) переживаниями со склонностью к смене (колебаниям) настроения и противоречивости (3 чел.).

Переживания пациентов с *оттенком понижения настроения и тоскливостью* характеризовались эмоциональной фиксацией человека на прошлом, тягостным переживанием безвозвратности утраченного, повышенной ответственностью за происшедшие события, сопровождались угнетенностью, заторможенностью и снижением активности. У пациентов можно было отметить наличие таких феноменов как: безотрадность, безутешность, вина, горе, горечь, грусть, жалость, меланхолия, мука, обида, огорчение, оторопь, отчаяние, печаль, ностальгия, разочарование, раскаяние, скорбь, скука, сожаление, стыд, терзание, тоска, угнетение, угрызение, уныние, хандра.

Переживания с *оттенком понижения настроения и тревожностью* проявлялись доминированием ожидания какой-то трагедии, неприятностей, двигательным беспокойством и повышенной активностью, невозможностью сосредоточиться на какой-либо деятельности, избеганием ситуаций, способных вызвать подобные эмоциональные переживания. Синонимический ряд переживаний был представлен такими феноменами как: ажитация, беспокойство, боязнь, взволнованность, волнение, замешательство, испуг, исступление, напряженность, настороженность, недоумение, растерянность, смущение, тревога, паника, страх, ужас.

Переживания с *оттенком понижения настроения и гневливостью* характеризовались антипатией, недовольством поведением окружающих, нетерпеливостью, раздраженностью, непереносимостью внешнего социального давления, указаний и замечаний с чувством внутреннего дискомфорта, требующим эмоциональной разрядки. Феноменологически это проявлялось такими переживаниями как: антипатия, брюзгливость, возбуждение, возмущение, вражда, вспыльчивость, гнев, горячность, ехидство, злоба, злорадство, злость, злопыхательство, ирония, мизантропия, негодование, ненависть, неприязнь, раздражение, сарказм, скептицизм, ярость.

Для *переживаний с пониженным настроением и чувством субъективного внутреннего дискомфорта* доминирующими являлись повышенная чувствительность, ранимость, внутренняя неудовлетворенность окружающими и собой чаще без повышения активности и без необходимости внешней эмоциональной разрядки. Синонимический ряд представлен такими феноменами как: брезгливость, впечатлительность, досада, гадливость, зависть, изнуренность, любовь,

ревность, сентиментальность, сопереживание, сочувствие, сенситивность, эмотивность.

К *переживаниям со склонностью к смене (колебаниям) настроения и противоречивости* относились состояния, при которых основополагающим являлась неустойчивость эмоционального реагирования или противоречивость эмоций, что проявлялось эмоциональной лабильностью, слабодушием, амбивалентностью, аффективной инконтиненцией, недержанием аффекта, паратимией, циклотимией.

Эмоциональные состояния с *оттенком снижения уровня эмоционального реагирования* характеризовались собственно снижением уровня эмоционального реагирования, безразличием. Синонимический ряд был представлен такими феноменами как: безразличие, безучастность, равнодушие, апатия.

При эмоциональных состояниях с *оттенком нейтрального эмоционального реагирования* доминирующими были эмоционально-нейтральные феномены, не сопровождавшиеся ни повышением, ни понижением настроения, ни субъективными переживаниями, ни снижением уровня эмоционального реагирования. Синонимический ряд включал: беззаботность, беззлобность, безмятежность, безрадостность, беспечность, беспристрастность, бесстрастие, бесстрашие, бестрепетность, бесчувственность, индифферентность, интерес, невозмутимость, недоумение, ошеломление, резонанс аффективный, синтонность, спокойствие, сопереживание, удивление, успокоенность, алекситимию, ангедонию, аноргазмию.

Формирование патологического влечения происходило при каждом из перечисленных депрессивных переживаниях, однако, наиболее типичным при различных формах зависимостей являлся спектр аффективных расстройств с доминированием скуки.

В анализе патогенетически значимых для становления наркозависимости аффективных расстройств существует некий парадокс, заключающийся в том, что основой патологического влечения называются большинством специалистов депрессивные переживания, тогда как базой наркозависимости — гипертимная акцентуация характера с преобладанием **маниакального спектра эмоциональных феноменов** (Пятницкая И.Н., 1994). Переживания с *оттенком повышения настроения* характеризуются повышением настроения, проявляющимся избыточной активностью, улыбчивостью, восторженностью, радостью, готовностью принимать окружающих такими, какие они есть, отказом от конфронтации, уживчивостью и демонстрацией расположения. У наркозависимых это может проявляться в виде азарта, благоговения, благодушия, блаженства, вдохновения, веселья, воллюста, восторга, восхищения, воодушевления, гордости, добродушия, жизнерадостности, задора, истомы, наслаждения, нирваны, оргазма, радости, симпатии, счастья, упоения, умиления, экстаза, экзальтации.

Одним из частых и значимых для формирования зависимого поведения (чаще наркозависимости и пищевых зависимостей) аффективных симптомов называется **алекситимия**. Термин «алекситимия»

означает «недостаток слов для выражения чувств». Термин был предложен П.Сифнеосом для обозначения ведущего, по его мнению, психического расстройства, лежащего в основе психосоматических заболеваний – ограниченной способности индивида к восприятию собственных чувств и эмоций, их адекватной вербализации и экспрессивной передаче. П.Сифнеос полагал, что эмоциональная невыразительность создает конфликтную ситуацию в межличностной сфере, а эмоциональное напряжение трансформируется в патологические физиологические реакции.

В современной интерпретации это понятие включает в себя трудности в описании собственных чувств, в дифференциации чувств и телесных ощущений, сужение аффективного опыта, снижение способности к символизации, бедность фантазий и воображения, предпочтение фокусированности внимания на внешних объектах (Эйдемиллер Э.Г., Макарова О.Ф., 2000).

«Алекситимики» бесконечно долго и детально описывают физические ощущения, часто напрямую не связанные с основным страданием или заболеванием, в то время как внутренние ощущения, характеризующие эмоциональную жизнь, излагаются ими в терминах раздражительности, скуки, пустоты, усталости, недифференцированного возбуждения или напряжения. Эмоциональная сфера личностей с чертами алекситимии слабо дифференцирована, аффекты неадекватны, воображение развито недостаточно, уровень абстрактно-логического мышления невысок. «Алекситимики» отличаются неразвитой фантазией, тенденцией к импульсивности, бедностью межличностных связей. Типичны также инфантилизм, чрезмерный прагматизм, дефицит рефлексии, эмоциональная неустойчивость с частыми «срывами». Их преобладающий образ жизни – действие. Взаимодействие с такими людьми приносит ощущение скуки и бессмысленности контакта. «Алекситимику» трудно работать со снами, поскольку он редко их вспоминает и скупо описывает.

Для объяснения синдрома алекситимии J.S.Nemah выделяет две модели: «отрицания» и «дефицита». Модель «отрицания» предполагает глобальное торможение аффектов, поэтому в данном случае можно говорить о «вторичной алекситимии» и рассматривать ее как психологическую защиту, предполагая ее обратимость. Ряд авторов (Sifneos P., 1973; Ересько Д.Б., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В., Карвасарский Б.Д., 1994) считает, что у многих больных алекситимические проявления необратимы, несмотря на длительную, интенсивную и искусную глубинную психотерапию. Такого рода алекситимия является первичной. Для ее объяснения используется модель «дефицита», вызванного биохимическими, нейрофизиологическими или генетически обусловленными нарушениями (Эйдемиллер Э.Г., Макарова О.Ф., 2000).

Л.П.Урванцев (1998) выделяет несколько групп черт, характерных для страдающих алекситимией: расстройства аффективных функций, нарушения когнитивных процессов, нарушение самосо-

знания и особое восприятие мира («специфическая картина мира», с недостаточностью его чувственного переживания).

Как социокультуральный феномен алекситимия связана с низким социальным статусом, с невысоким уровнем образования, с недостатком словесной культуры. В рамках психоанализа алекситимия рассматривается как защитный механизм, действующий против невыносимых для личности аффектов. Действительно, личности с алекситимическими чертами чаще высказывают жалобы соматического характера, что в ряде случаев является признаком соматизации аффекта.

Если подавление чувств, эмоциональных реакций, в том числе, на ситуацию опасности, жесткая регламентация эмоциональных проявлений становится хронической, превращаясь в стиль жизни, то межличностные взаимоотношения становятся дистанцированными, приобретают черты поверхностности и формальности. Нивелирование эмоциональных проявлений придает поведению нейтральность и безучастность, а текущим эмоциональным реакциям – оттенок безразличия.

Алекситимия как проявление дефекта развития является, по мнению Л.П.Урванцева, неспецифическим расстройством в переживании и протекании эмоций, «досимволическим стилем психики», характерным для лиц с низким уровнем дифференцированности психических структур. Такую психику можно отнести к преневротическому уровню. Алекситимики используют незрелые механизмы психологической защиты, такие как отреагирование, отрицание, проективную идентификацию. Непосредственной причиной подобного дефекта развития может быть расстройство ранних отношений «мать-ребенок», негативно влияющее на становление представлений о мире и о собственной личности.

В.В.Николаева устанавливает связь феномена алекситимии с особенностями психической саморегуляции, основываясь на концепцию смысловых образований личности (Б.С.Братусь, Ф.Е.Василюк). Важный источник устойчивости, свободы и саморазвития личности – это рефлексия, которая позволяет осознать смысл собственной жизни и деятельности и является частным механизмом личностно-мотивационного уровня саморегуляции. Дефицит рефлексии проявляется в том, что «алекситимик» неспособен управлять своими побуждениями, гибко перестраивать их в соответствии с изменяющимися условиями текущей жизненной ситуации, поскольку в процессе онтогенеза потребность в саморегуляции не была сформирована. Невозможность реализации актуальных потребностей ведет к хронизации эмоций и, как следствие, к стойким соматическим изменениям.

По мнению H.Krystal (1982, 1983), многие аддиктивные пациенты не способны распознавать и идентифицировать переживаемые ими внутренние чувства. J.McDouglass (1984) обозначил таких пациентов «диз-аффективными», т.е. лишенными аффектов, а L.Wurmser (1974), характеризуя эмоциональное обнищание, которое аддиктив-

ные пациенты ощущают в себе и в своих межличностных отношениях вследствие дефицита эмоций, использовал термин «гиперсимволизация». Кроме того, L.Wurmser (1974) обнаружил, что в отличие от проблем развития, которые затрудняют аддиктивным больным доступ к собственным чувствам и их проявление, нарушения эмоционального развития так же часто заставляют их страдать от прямо противоположной проблемы, когда аффекты переживаются как подавляющие и непереносимые. Именно этот факт позволил автору основой аддиктивных расстройств назвать «дефект аффективной защиты».

С точки зрения E.J.Khantzian (1990) одним из мотивов использования наркотиков является мотив преодоления пассивного, вызывающего смущение опыта переживания собственной «безэмоциональности», алекситимичности и преобразования его в активный опыт контроля над собственными чувствами, даже если они и причиняют боль.

Наиболее часто зависимое поведение связывают с преморбидной патологией волевой деятельности – **компульсивностью**, что позволило L.Wurmser (1987, 1996) отметить, что «понятие аддиктивное поведение синонимично понятию тяжелой компульсивности». Под компульсивностью при этом понимается ненасытность, автоматичность и бесконечная повторяемость. В психиатрии компульсивностью обозначается форма нарушенного поведения, при которой действия, поступки возникают в связи с непреодолимыми влечениями, побуждениями и совершаются насильственно, хотя и осознаются как неправильные. Данный психопатологический симптом может входить в структуру различных синдромов и быть первичным по отношению к зависимому поведению.

По мнению А.С.Андреева, А.И.Ковалева, А.О.Бухановского и соавторов (2001), независимо от конкретного содержания при т.н. болезни зависимого поведения прежде всего поражается мотивационная сфера, а ведущее расстройство адресовано к произвольной деятельности. Отмечается, что физическое влечение может приходить на смену обсессивному, но и возникать изначально.

Одним из психопатологических симптомов, на базе которых способно формироваться зависимое поведение в детском возрасте, является **акайрия** – расстройство, характеризующееся назойливостью, «прилипчивостью» пациентов, склонностью к повторению одних и тех же вопросов, просьб, стереотипных обращений.

## *Зависимости в структуре психических заболеваний*

Учитывая тот факт, что связь между отдельными психопатологическими симптомами-синдромами и зависимостями не вызывает сомнений и доказана, можно предполагать, что должны существовать корреляции между различными формами зависимого поведения и отдельными психическими заболеваниями и расстройствами,

в структуру которых облигатно входят значимые психопатологические феномены.

Первым в ряду заболеваний, на базе которых можно предполагать развитие зависимого поведения, обычно называется **эпилепсия**. Известно, что в рамках изменений психики и личности при эпилепсии часто представлена и аффективная ригидность, и расстройства настроения, и компульсивность, и склонность к магическому мышлению (последняя, по мнению D.Meers, входит в структуру патологической зависимости).

Наиболее часто эпилепсия упоминается в литературе в связи с патологической склонностью к азартным играм — гемблингом (игровой зависимостью). Высокая коморбидность с фазовыми и пароксизмальными аффективными расстройствами позволяет предположить, что азартная игра может выступать своего рода антидепрессантом, смягчая дисфорические проявления (Попов Ю.В., Вид В.Д., 1992).

Предполагается (Зайцев В.В., 2000), что у игрока в процессе игры развивается состояние аффекта. Аффект — стремительно и бурно протекающий эмоциональный процесс взрывного характера — может дать не подчиненную сознательному волевому контролю разрядку в действии. Аффективное состояние выражается в заторможенности сознательной деятельности. Вследствие чего в аффективном действии в той или иной мере может быть нарушен сознательный контроль в выборе действия. Действие в состоянии аффекта, т.е. аффективное действие, как бы вырывается у человека, а не вполне регулируется им. Сходное развитие психофизиологического состояния типично для эпилептического пароксизма.

При эпилептической болезни происходит формирование антиципационной несостоятельности (прогностической некомпетентности), которая также может обусловливать становление зависимого поведения, в частности наркоманию. Нами (В.Д.Менделевич, Т.В.Скиданенко) проводилось экспериментально-психологическое исследование больных эпилепсией с целью количественной оценки нарушения у них антиципационной деятельности. Пациенты были разделены на две группы (без изменений личности и с признаками изменений личности). Исследование антиципационных способностей и прогностической деятельности на основании ТАС (ПК) и модифицированного теста Розенцвейга дало следующие результаты (табл. 20 и 21).

Как видно из приведенных в таблицах данных, у подавляющего большинства пациентов (80%) отмечался моновариантный тип вероятностного прогнозирования. При этом отмечалось его достоверное ($p<0,05$) преобладание у больных с изменениями личности. Данный факт логичен и не требует специального пояснения. Отмечено также достоверное преобладание у лиц без изменений личности нормовариантного типа вероятностного прогнозирования.

По результатам теста антиципационной состоятельности, позволяющего оценивать структуру прогностической компетентности по

*Таблица 20*

**Распределение типов вероятностного прогнозирования у обследованных (по данным модифицированного теста Розенцвейга)**

| вероятностного огнозирования | I группа | II группа |
|---|---|---|
| вариантный | 62,9% | 84,6% |
| овариантный | 28,6% | 15,4% |
| вариантный | 8,5% | – |

*Таблица 21*

**Результаты исследований по ТАС (ПК)**

| | Временная | | Пространственная | | Личностно-ситуативная | | Общая | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | состоят. | несост | состоят | несост. | состоят | несост | состоят. | несост. |
| | 66,6% | 33,3% | 76,5% | 23,5% | 42,9% | 57,1% | 47,6% | 52,4% |
| р. | 41,1% | 58,9% | 48,7% | 51,3% | 23,1% | 76,9% | 25,6% | 74,4% |

м составляющим (личностно-ситуативной, временной и прост-ственной), достоверное преобладание прогностической неком-ентности было обнаружено по всем составляющим. В экспери-нте было выявлено (а в клинике подтверждено), что больные эпи-сией значительно чаще ошибались в собственных прогнозах как фере антиципации житейских ситуаций (поведения и поступков ружающих), так и в сфере предвосхищения времени и пространст-енного упреждения развития событий.

Таким образом, можно предполагать, что становление зависимо-о поведения у пациентов с эпилепсией может быть обусловлено, на-яду с иными причинами, и нарушениями прогностической дея-тельности.

**Расстройства шизофренического круга (шизофрения, шизотипичес-кое расстройство)** также как и эпилепсия нередко становятся базой для формирования различных форм зависимого поведения. Связь данных расстройств может быть многообразной. При шизофрении появление зависимостей, к примеру от психоактивных веществ, мо-жет быть обусловлено симптомами тревожно-депрессивного круга. В подобных случаях наркотики, алкоголь или никотин становятся своеобразным терапевтическим средством, снижающим уровень тревоги и улучшающим эмоциональное состояние пациентов. Наи-более распространенной у больных шизофренией является никоти-новая зависимость, в рамках которой рассматривается и физиологи-ческий, и психологический аспекты. Известно, что среди пациентов психических клиник, большинство которых составляют больные шизофренией, курение встречается достоверно чаще по сравнению

как с психически здоровыми людьми, так и с лицами, имеющими иные психические расстройства.

Нами (В.Д.Менделевич, А.Т.Кулагин, 1991) было предпринято клинико-психологическое и клинико-психопатологическое исследование 60 мужчин, больных шизофренией, находившихся на стационарном лечении. В качестве группы сравнения были обследованы 25 пациентов с эпилепсией. Как показали исследования, 91,7% больных шизофренией оказались курящими, что значительно превышало число курящих здоровых мужчин в популяции. По данным Э.В.Малая (1977) в России насчитывается от 70 до 75% курящих мужчин. Среди больных эпилепсией курили лишь 68%.

Среди больных шизофренией можно было выделить три группы пациентов в зависимости от структуры курения. Из 60 мужчин основной группы курили постоянно (и дома, и в стационаре) 80% больных, причем только в психиатрическом стационаре 11,7%, не курили совсем 8,3% обследованных. В группе больных эпилепсией распределение оказалось следующим: постоянно курили 60%, только в стационаре – 8% и не курили совсем – 32%. Как видно из приведенных данных, курящих среди больных шизофренией оказалось больше, чем среди больных эпилепсией, причем число куривших в стационаре также преобладало. Именно этот контингент больных привлек наше внимание.

Анализ никотинопотребления больных шизофренией показал, что увеличение интенсивности курения среди пациентов коррелирует, с одной стороны, с резким ухудшением психического состояния, появлением и нарастанием таких симптомов, как *тревога, беспокойство, ажитация*, а с другой – с массивной психотропной терапией, сопровождающейся нейролептическим синдромом с преобладанием *акатизии*. Увеличение никотинопотребления (в 2–3 раза) среди больных шизофренией отмечалось чаще при помещении их в психиатрический, а не в соматический стационар.

Обращал на себя внимание и тот факт, что интенсивность курения в стационаре имела склонность к видоизменению. Пациенты, которые курили лишь в стационаре, чувствовали значительную тягу к сигарете в первые же сутки поступления в больницу – им не требовалось свыше 20 сигарет или папирос в сутки. Свою потребность курить они объясняли желанием успокоиться, снять тревожное настроение. Пациенты с преобладанием в клинической картине заболевания депрессивных идей (тоскливого настроения) значительно реже прибегали к курению как к средству нормализации эмоционального состояния. При доминировании в клинике паранойяльных или параноидных расстройств интенсивность курения практически не отличалась от таковой у больных с тревожным радикалом, поскольку эти симптомокомплексы имели тенденцию к сочетанию. Большинство больных шизофренией и после медикаментозного купирования тревожно-депрессивного симптомокомплекса продолжали много и часто курить. Доминирующим мотивообразующим (в плане никотинизма) оставалось двигательное беспокойство – неусид-

чивость, невозможность длительное время находиться в однообразной позе. Подобное состояние наблюдалось на фоне максимальной насыщенности нейролептиками и было расценено нами как проявление нейролептического синдрома (акатизии), субъективно практически не отличимого от психопатологического феномена – тревоги. В течение 2–3 недель интенсивность курения оставалась такой же высокой, затем постепенно начинала снижаться, что коррелировало как с нормализацией психического состояния (исчезновением тревоги при сохранении в части случаев паранойяльного синдрома), так и с купированием нейролептического симптомокомплекса.

Среди мотивации курения больных эпилепсией, в структуре которой отсутствовали тревога и нейролептическая акатизия, не было желания снять болезненное состояние как по словам самих пациентов, так и по результатам клинических наблюдений. Не было отмечено в контрольной группе и корреляций между структурой никотинизма, с одной стороны, и тяжестью болезненного состояния и терапией – с другой.

При анализе причин изменения структуры никотинизма при помещении душевнобольных в психиатрический стационар было выдвинуто несколько гипотез. Основой доводов в пользу курения среди больных шизофренией, как показали исследования, является физиологическая потребность снятия болезненного эмоционального состояния (тревоги, ажитации) и последствий нейролептической терапии (акатизия) с помощью никотина. Не последнюю роль в увеличении интенсивности курения в психиатрическом стационаре играют психологические факторы, в частности большое количество свободного времени (незанятость) в условиях ограниченных возможностей выбора деятельности. Наши исследования дают возможность предполагать, что никотин способен приводить к исчезновению эмоциональных расстройств не только психологического, но и психопатологического уровней.

Особая, отличная от иных групп, структура никотинизма наблюдалась нами у больных, заболеванием которых можно было обозначить как **шизофренический дефект** (18 мужчин). Клиническая картина заболевания характеризовалась негативными симптомокомплексами – нарастающей аутизацией, апатией и абулией, кататоническими стереотипиями, дезинтеграцией мышления. Большинство больных этой группы настойчиво однотипно требовали предоставить им папиросы, обращались к персоналу и другим больным. Однако получая возможность курить, душевнобольные, как правило, использовали папиросы неприкуренными. Они имитировали процесс курения, стереотипно манипулировали папиросой во рту, применяя ее в качестве своеобразной соски.

Клинический анализ позволяет предположить, что никотинизм (пристрастие к курению) больных с шизофреническим дефектом является составной частью болезненных нарушений волевого процесса. Он отражает механизм шизофренической диссолюции – расщепления, распада психической деятельности, возвращения психичес-

кого функционирования на более низкий уровень развития. Потребность в сигарете у больных с шизофреническим дефектом можно понимать как возврат к формам орального автоматизма.

Психопатологические симптомы и синдромы в рамках дефекта при шизофрении способны формировать широкий спектр расстройств зависимого поведения (от девиаций стиля поведения до психопатологических сверхценных увлечений – по нашей классификации – В.Д.Менделевич, 1998).

Интерес представляет тот факт, что наиболее часто расстройства зависимого поведения формируются на базе **шизотипического расстройства**, в структуру которого входят симптомы, нередко определяющие развитие зависимостей – психический инфантилизм, магическое, метафорическое, гипердетализированное мышление, компульсивность в виде навязчивых размышлений без внутреннего сопротивления часто с дисморфофобическим, сексуальным или агрессивным содержанием. Вследствие вышеперечисленного, у таких пациентов часто формируются пищевые или сексуальные зависимости, а при присоединении к клинической картине признаков аутизма облегчается формирование Интернет-зависимости.

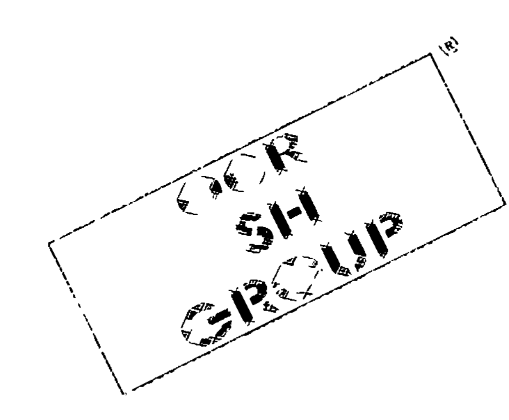
**Биполярное аффективное расстройство** нередко упоминается в литературе в связи с риском развития алкогольной и никотиновой зависимостей (Crocq M.-A., 2001; Sullivan P.F., Kendler K.S., 2001). При этом рассматривается несколько вариантов коморбидности: 1) зависимость от психоактивного вещества вызывает или провоцирует развитие аффективного расстройства; 2) наоборот, аффективное расстройство вызывает потребность, а затем зависимость употреблять психоактивное вещество, обладающее антидепрессивным эффектом; 3) оба расстройства могут развиваться независимо друг от друга, но иметь сходные факторы риска и патогенетические механизмы.

Во многих работах особенно психодинамического направления прослеживается мысль о том, что наркозависимость является своеобразным **невротическим расстройством** (по терминологии L.Wurmser, 1987 – «тяжелой формой невроза»). Причем по мнению того же автора у большинства наркоманов обнаруживается фобическое ядро, инфантильный невроз, на котором основывается последующая патология. «В навязчивых поисках наркомана, как в зеркале, отражается компульсивное избегание объектов, характерных для фобического пациента» (Wurmser L., 1995). Считается, что наркотики постоянно используются в качестве искусственной аффективной защиты.

Имеется точка зрения о том, что распространенность алкогольной зависимости и невротических расстройств взаимосвязаны и обусловлены социальными нормами. В условиях запрета на потребление алкоголя этническими, религиозными нормами алкоголизм встречается в единичных случаях, а уровень заболеваемости неврозами высок. И, наоборот, в условиях терпимого отношения к потреблению алкоголя число случаев заболеваемости невротическими рас-

стройствами снижается (Popham R.E., 1953; Laighton A.N., 1969; Shore J., Kinzie J., Hampson J., 1973; Westermeyer J., 1982).

Наши исследования не обнаружили взаимосвязи развития наркозависимости и базовых симптомов невротических расстройств, несмотря на тот факт, что в структуре неврозов часто присутствуют феномены, на базе которых может формироваться зависимое поведение (например, внушаемость, прогностическая некомпетентность). Факты, указывающие на то, что причинами употребления наркотиков могут быть низкая устойчивость к психическим перегрузкам и стрессам, сниженная приспособленность к новым сложным ситуациям, плохая переносимость конфликтов (Врублевский А.Г., Цетлин М.Г., 1987; Попов Ю.В., 1994 и др.), не объясняют патогенетические механизмы формирования зависимости, а лишь регистрируют ситуативную связь начала употребления психоактивных веществ с психоэмоциональным состоянием человека.



# ГЛАВА 6. ПАТОПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОСЕМАНТИКА НАРКОЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ

Изучению психологических особенностей личности наркозависимого в последние годы посвящено достаточно большое количество исследований (Валентик Ю.В., 1995; Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 1996; Бузина Т.С., 1998; Надеждин А.В., Иванов А.И., Трифонов В.П., Авдеев С.Н., 1998; Елшанский С.П., 1999; Козлов А.А., 1999; Штакельберг О.Ю., 1999; Козлов А.А., Рохлина М.Л., 2000; Тхостов А.Ш., Грюнталь Н.А., Елшанский С.П., 2001; и др.). Предметом изучения становились как правило преморбидные характерологические особенности пациентов, структура их «Я», самооценка. По мнению Н.А.Сирота и В.М.Ялтонского (1995, 1996), больным наркоманией свойственна низкая эффективность функционирования блока личностно-средовых ресурсов – негативная, слабосформированная Я-концепция, низкий уровень восприятия социальной поддержки, эмпатии, аффилиации, интернального локуса контроля, отсутствие эффективной социальной поддержки со стороны окружающих.

Нами в течение ряда лет также проводились серии исследований личности наркозависимых. Анализировался уровень субъективного контроля пациентов, направленность личности, прогностическая деятельность, коммуникативная толерантность, профиль личности, креативность и структура самоактуализации, психосемантические особенности понимания и толкования эмоционально-значимых качеств и некоторые иные психологические особенности. Ниже приведены их результаты.

**Направленность личности** можно толковать как отношение того, что личность берет и получает от общества к тому, что она обществу дает, что вносит в развитие этого общества. Известно, что от направленности личности зависит, как именно конкретная личность участвует в социальных процессах. Таким образом, направленность – это субъективное отношение личности, система главных, доминирующих отношений к обществу, другим людям, к себе, к своему поведению и деятельности.

На основании исследования 29 наркозависимых в возрасте от 16 до 29 лет с использованием опросника «Ориентировочная анкета», методики оценки уровня субъективного контроля и САТ, позволяющей с помощью первой методики оценить направленность личнос-

ти по трем характеристикам (на себя – НС, на взаимные действия – НО и на задачу – НЗ) и уровня экстернальности-интернальности, с помощью второй, и оценить уровень самоактуализации (с помощью третьей) были получены следующие данные (табл. 22).

*Таблица 22*

**Результаты исследований по УСК и САТ**

| Название шкалы | Расшифровка шкалы | Среднее значение |
|---|---|---|
| **Шкала общей интернальности (Ио)** | Высокий показатель по этой шкале соответствует высокому уровню субъективного контроля над любыми значимыми ситуациями. Такие люди считают, что большинство важных событий в их жизни было результатом их собственных действий, что они могут ими управлять, и, таким образом, они чувствуют свою собственную ответственность за эти события и за то, как складывается их жизнь в целом. Низкий показатель по шкале соответствует низкому уровню субъективного контроля Такие испытуемые не видят связи между своими действиями и значимыми событиями в их жизни, не считают себя способными контролировать их развитие и полагают, что большинство их является результатом случая или действий других людей. | 5,07 стен |
| **Шкала интернальности в области достижений (Ид)** | Высокие показатели по этой шкале соответствуют высокому уровню субъективного контроля над эмоционально положительными событиями и ситуациями. Такие люди считают, что они сами добиваются всего, что было и есть в их жизни, и что они способны с успехом добиваться своего в будущем. Низкие показатели по шкале Ид свидетельствует о том, что человек приписывает свои успехи и достижения обстоятельствам – везению, счастливой судьбе или помощи других людей. | 6,14 стен |
| **Шкала интернальности в области неудач (Ин)** | Высокие показатели по этой шкале говорят о развитом чувстве субъективного контроля по отношению к отрицательным событиям и ситуациям, что проявляется в склонности обвинять самого себя в разнообразных неприятностях и страданиях. Низкие показатели Ин свидетельствуют о том, что испытуемый склонен приписывать ответственность за подобные события другим людям или считать их результатом невезения. | 5,46 стен |

*Продолжение табл. 22*

| Название шкалы | Расшифровка шкалы | Среднее значение |
|---|---|---|
| **Шкала интернальности в области семейных отношений (Ис)** | Высокие показатели Ис означают, что человек считает себя ответственным за события, происходящие в его семейной жизни. Низкий Ис указывает на то, что субъект считает партнеров причиной значимых ситуаций, возникающих в его семье. | 5,54 стен |
| **Шкала интернальности в области производственных отношений (Ип)** | Высокий Ип свидетельствует о том, что человек считает свои действия важным фактором организации собственной производственной деятельности, в складывающихся отношениях в коллективе, в своем продвижении и т.д. Низкий Ип указывает на то, что испытуемый склонен приписывать более важное значение внешним обстоятельствам – руководству, товарищам по работе, везению – невезению. | 4,04 стен |
| **Шкала интернальности в области межличностных отношений (Им)** | Высокий показатель Им свидетельствует о том, что человек считает себя в силах контролировать свои неформальные отношения с другими людьми, вызывать к себе уважение и симпатию и т.д. Низкий Им, напротив, указывает на то, что он не считает себя способным активно формировать свой круг общения и склонен считать свои отношения результатом действия своих партнеров. | 6,43 стен |
| **Шкала интернальности в отношении здоровья и болезни (Из)** | Высокие показатели Из свидетельствуют о том, что испытуемый считает себя ответственным за свое здоровье: если он болен, то обвиняет в этом себя и полагает, что выздоровление во многом зависит от его действий. Человек с низким Из считает болезнь результатом случая и надеется, что выздоровление придет в результате других, прежде всего врачей. | 6,64 стен |
| **Шкала компетентности во времени (Тс)** | Включает 17 пунктов. Высокий балл по этой шкале свидетельствует, во-первых, о способности субъекта жить «настоящим», то есть переживать настоящий момент своей жизни во всей его полноте, а не просто как фатальное следствие прошлого или подготовку к будущей «настоящей жизни»; во-вторых, ощущать неразрывность прошлого, настоящего и будущего, то есть видеть свою жизнь целостной. Именно такое мироощущение, психологическое восприятие времени субъектом свидетельствует о высоком уровне самоактуализации личности. | 6,61 |

*Продолжение табл. 22*

| Название шкалы | Расшифровка шкалы | Среднее значение |
|---|---|---|
| | Низкий балл по шкале означает ориентацию человека лишь на один из отрезков временной шкалы (прошлое, настоящее или будущее) и/или дискретное восприятие своего жизненного пути. Теоретическое основание для включения этой шкалы в тест содержится в работах Ф. Пэрла и Р. Мэя. Ряд эмпирических исследований также свидетельствует о непосредственной связи ориентации во времени с уровнем личностного развития. | |
| **Шкала поддержки (I)** | Самая большая шкала теста (91 пункт) – измеряет степень независимости ценностей и поведения субъекта от воздействия извне («внутренняя – внешняя поддержка»). Концептуальной основой данной шкалы служили в первую очередь идеи А.Рейсмана об «изнутри» и «извне» направляемой личности. Человек, имеющий высокий балл по этой шкале, относительно независим в своих поступках, стремится руководствоваться в жизни собственными целями, убеждениями, установками и принципами, что, однако, не означает враждебности к окружающим и конфронтации с групповыми нормами. Он свободен в выборе, не подвержен внешнему влиянию («изнутри направляемая личность»). Низкий балл свидетельствует о высокой степени зависимости, конформности, несамостоятельности субъекта («извне направляемая» личность), внешнем локусе контроля. Содержание данной шкалы, на наш взгляд, наиболее близко именно к этому последнему понятию. Как теоретические работы, так и психологическая практика свидетельствуют о правомерности включения указанной шкалы в методику как базовой. | 46,04 |
| **Шкала ценностных ориентаций (SAV)** | (20 пунктов) измеряет, в какой степени человек разделяет ценности, присущие самоактуализирующейся личности (здесь и далее высокий балл по шкале характеризует высокую степень самоактуализации) | 10,68 |
| **Шкала гибкости поведения (Ex)** | (24 пункта) диагностирует степень гибкости субъекта в реализации своих ценностей в поведении, взаимодействии с окружающими людьми, способность быстро и адекватно реагировать на изменяющуюся ситуацию. Шкалы Ценностной ориентации и Гибкости поведения, дополняя друг друга, образуют **блок ценностей**. Первая шкала характеризует сами ценности, вторая – особенности их реализации в поведении. | 11,46 |

*Продолжение табл. 22*

| Название шкалы | Расшифровка шкалы | Среднее значение |
|---|---|---|
| **Шкала сензитивности к себе (Fr)** | (13 пунктов) определяет, в какой степени человек отдает себе отчет в своих потребностях и чувствах, насколько хорошо ощущает и рефлексирует их. | 5,82 |
| **Шкала спонтанности (S)** | (14 пунктов) измеряет способность индивида спонтанно и непосредственно выражать свои чувства. Высокий балл по этой шкале не означает отсутствия способности к продуманным, целенаправленным действиям, он лишь свидетельствует о возможности и другого, не рассчитанного заранее способа поведения, о том, что субъект не боится вести себя естественно и раскованно, демонстрировать окружающим свои эмоции. Шкалы 12 и 13 составляют **блок чувств**. Первая определяет, насколько человек осознает собственные чувства, вторая – в какой степени они проявляются в поведении. | 7,46 |
| **Шкала самоуважения (Sr)** | (15 пунктов) диагностирует способность субъекта ценить свои достоинства, положительные свойства характера, уважать себя за них. | 9,71 |
| **Шкала самопринятия (Sa)** | (21 пункт) регистрирует степень принятия человеком себя таким, как есть, вне зависимости от оценки своих достоинств и недостатков, возможно, вопреки последним. Шкалы 14 и 15 составляют **блок самовосприятия**. | 10,29 |
| **Шкала представлений о природе человека (Nc)** | Состоит из 10 пунктов. Высокий балл по шкале свидетельствует о склонности субъекта воспринимать природу человека в целом как положительную («люди в массе своей скорее добры») и не считать дихотомии мужественности – женственности, рациональности – эмоциональности и т.д. антагонистическими и непреодолимыми. | 5,29 |
| **Шкала синергии (Sy)** | (7 пунктов) определяет способность человека к целостному восприятию мира и людей, к пониманию связанности противоположностей, таких как игра и работа, телесное и духовное и др. Шкалы 16 и 17 очень близки по содержанию, их лучше анализировать совместно. Они составляют **блок концепции человека**. | 4,14 |
| **Шкала принятия агрессии (A)** | Состоит из 16 пунктов. Высокий балл по этой шкале свидетельствует о способности индивида принимать свое раздражение, гнев и агрессивность как естественное проявление человеческой природы. Конечно же, речь не идет об оправдании своего антисоциального поведения. | 8,86 |

*Продолжение табл. 22*

| Название шкалы | Расшифровка шкалы | Среднее значение |
|---|---|---|
| **Шкала контактности (С)** | (20 пунктов) характеризует способность человека к быстрому установлению глубоких и тесных эмоционально-насыщенных контактов с людьми или, используя ставшую привычной в отечественной социальной психологии терминологию, к субъект-субъектному общению. Шкалы Принятия агрессии и Контактности составляют **блок межличностной чувствительности**. | 10,57 |
| **Шкала познавательных потребностей (Cog)** | (11 пунктов) определяет степень выраженности у субъекта стремления к приобретению знаний об окружающем мире. | 5,11 |
| **Шкала креативности (Cr)** | (14 пунктов) характеризует выраженность творческой направленности личности. Шкалы Познавательных потребностей и Креативности составляют **блок отношения к познанию**. Они не имеют аналогов в POI и были включены в САТ по результатам экспертного опроса при создании методики, а также в связи с некоторыми общетеоретическими соображениями. Речь в данном случае идет в первую очередь о том, что в тест было необходимо ввести блок показателей, диагностирующих уровень творческой направленности личности как одного из концептуально важных элемента феномена самоактуализации. | 5,93 |
| **Личная направленность (направленность на себя – НС)** | Создается преобладанием мотивов личного благополучия, стремления к личному главенству, престижу. Такой человек чаще всего бывает самим собой, своими чувствами, переживаниями и мало реагирует на потребности людей вокруг себя: игнорирует сотрудников или работу, которую должен выполнять. В работе видит прежде всего возможность удовлетворять свои притязания вне зависимости от интересов других сотрудников. | 29,93 |
| **Направленность на взаимные действия (НО)** | Имеет место тогда, когда поступки человека определяются потребностью в общении, стремлением поддержать хорошие отношения с товарищами по работе. Такой человек проявляет интерес к совместной деятельности, хотя потом может и не способствовать успешному выполнению задания: нередко его действия даже затрудняют выполнение групповой задачи и его фактическая помощь может быть минимальной. | 32,5 |

*Окончание табл. 22*

| Название шкалы | Расшифровка шкалы | Среднее значение |
|---|---|---|
| **Деловая направленность (направленность на задачу – НЗ)** | Отражает преобладание мотивов, порождаемых самой деятельностью, увлечение процессом деятельности, бескорыстное стремление к познанию, овладение новыми навыками и умениями. Обычно такой человек стремится к выполнению работы как можно лучше, ему свойственна ориентация на деловое сотрудничество, способность отстаивать в интересах дела собственное мнение, которое полезно для достижения общей цели. | 29,21 |

**Креативность и самоактуализация наркозависимых**

Нами (В.Д.Менделевич, Л.Р.Вафина) проведено изучение **креативности и самоактуализации** у 26 наркозависимых подростков и молодых людей в возрасте от 18 до 25 лет с помощью опросников «САМОАЛ» и «МЕТАТЕСТ-2» (Л.Я.Дорфман).

Считается, что можно выделить четыре области исследований креативности: а) исследования черт и мотивов креативной личности; б) исследования «Я» в связи с креативностью; в) креативность в контексте самоактуализации; г) исследования креативности на границе с психиатрией, которые имеют дело с психопатологией или близкими к патологии феноменами.

К.Мартиндейл утверждает, что креативность является скорее генеральной чертой личности, чем когнитивным навыком. С другой стороны, креативность есть общая черта личности, а не множество связанных между собой личностных черт. Однако большинство авторов склонны выделять некоторое множество черт личности, присущих креативным людям. Например, Т.Амбалайл и М.Коллинз приводят перечень черт креативных личностей. В набор их характеристик включены: самодисциплина в части работы, независимость суждений, высокая степень автономности, склонность к риску, интернальный (внутренний) локус контроля. Похожий список черт креативных личностей предлагают Баррон и Харрингтон. Эти черты включают в себя самостоятельность суждений, уверенность в себе, способность находить привлекательность в трудностях, эстетическую ориентацию и способность рисковать. Согласно Р.Кэттеллу, наиболее доказанными чертами личности креативных людей в области науки и искусства являются шизотимия, радикализм, интроверсия, доминирование. Р.Рескин называет следующие черты: поглощенность собой, ориентация на самого себя; богатая внутренняя жизнь; самоутверждение и потребность в господстве и доминировании; готовность использовать других людей, отсутствие эмпатии; напористость и агрессивность; потребность в признании окружающими.

Интерес представляет тот факт, что многие из перечисленных черт можно обозначить как специфические черты личности, способствующие возникновению наркозависимости (см. главу 1).

Другие авторы отмечают связь уровня креативности с разными чертами личности. Например, Д.Маккинон обнаружил, что высококреативные архитекторы характеризовались слабой социализацией, разнообразием психологических черт, комплексностью и независимостью. Архитекторы среднего уровня креативности показали высокую степень нейротизма. А наименее креативные архитекторы имели низкие показатели нейротизма, были хорошо приспособлены к нормам общества и профессии, хорошо социализированы.

Некоторые авторы стремятся строить типологии креативных личностей. Как было описано выше, Ф.Фарли выделяет особый тип – Т-личность. Она определяется как искатель возбуждения. Люди с таким типом личности могут достигать либо высокой степени креативности, либо демонстрировать деструктивное, даже криминальное поведение. Одной из первых отечественных классификаций творческой личности была разработана В.И.Андреевым. Он выделял разнообразные типы творческих способностей и на их основе личности творческого типа. Им даются основные признаки и сама типология творческих личностей: – интуитивист: художественный тип; – логик: мыслительный тип; – теоретик (логик-теоретик; теоретик-интуитивист), практик (экспериментатор), организатор, инициатор, исполнитель; – художник (скульптор, писатель, музыкант, педагог).

Дифференциальный подход к человеку как творческой личности требует изучения мотивационно-потребностной сферы, которая выступает подлинным побудителем действий человека. Существует два типа мотиваций: внутренняя и внешняя. При этом под внешней мотивацией понимается такая, которая исходит из внешней по отношению к действующему человеку среды, которая как бы создает стимул к деятельности. Причем иногда этот стимул может быть доминирующим в творческом движении человека. Внешняя мотивация может возникнуть не только как стимул извне, она создается и как необходимость реализовать собственные морально-нравственные, мировоззренчески-установочные, эмоционально-волевые доминирующие в человеке стороны качества его личности. Подлинно внутренняя мотивация создается в результате противоречий внутри познавательного поля между тем, что уже формализовано, и тем, что надлежит формализовать данному субъекту. Своеобразие мотиваций креативных личностей, как считает К.Мартиндейл, определяется широким кругом их интересов. Они открыты новому опыту и предпочитают новизну. Внутренняя мотивация преобладает над внешней.

Интенсивные исследования проблемы связи креативности и психопатологии начались в XIX веке. Среди работ последних лет следует назвать, прежде всего, исследования Ф.Поста, А.Людвига, Г.Айзенка. Ф.Пост изучил биографии 350 всемирно известных креативных людей, чтобы определить, насколько у них были выражены

психические отклонения. Среди них были художники, философы, мыслители, ученые, государственные деятели и национальные лидеры, композиторы, романисты, драматурги. В биографиях были отмечены пять суицидов (Э.Хемингуэй, В.Ван Гог, А.Гитлер, Л.Больцман, П.И.Чайковский). 22 человека предпринимали попытки к самоубийству. Писатели, артисты и интеллектуалы имели психосексуальные проблемы. Депрессивные состояния особенно превалировали у писателей. Алкоголизм был проблемой у писателей, артистов и композиторов, в наименьшей степени – для политиков и интеллектуалов и мало проявлялся у ученых.

А.Людвиг изучал связи между психическими болезнями и исключительно высокими креативными достижениями на материале анализа биографической информации о людях, которые жили в XX веке и достигли исключительно высоких результатов в искусстве, науке, военном деле, бизнесе, общественной деятельности. Он образовал выборку в 1000 людей, выделил в ней две крайние подгруппы, которые вошли в верхний (250 человек, высшая элита) и нижний (249 человек, элита менее высокого уровня) квартили. Было установлено на статистически высоком уровне значимости, что представители высшей элиты страдали хроническими болезнями и психическими расстройствами, особенно депрессией, алкоголизмом, соматическими проблемами.

Г.Айзенк изучал эту же проблему в ином ключе. Он опирался на психометрический метод исследования. В 1952 году Айзенк предположил, что структуру личности, помимо нейротизма, интроверсии-эстраверсии, определяет и такая черта как психотизм. Последующий анализ психотизма показал, что при высоком уровне психотизма личность обнаруживает, с одной стороны, высокий уровень креативности, а с другой – агрессивность, антисоциальность, недружественность, упрямство и грубость.

В западной литературе различают так называемую большую креативность и малую креативность. Малая, или личностная, креативность относится к обыденной жизни и обыденным ситуациям. Большая, или историческая, креативность, наоборот, имеет дело с достижениями, которые оказали существенное влияние на культуру и общество.

Креативность в русле самоактуализации следует понимать как малую, или личностную, креативность. Креативность здесь есть естественная тенденция к личностному балансу, психическому здоровью и самоактуализации. Краеугольные камни в это направление заложили А.Адлер, А.Маслоу и К.Роджерс. А.Адлер усматривал креативность «Я» в свободе выбора между альтернативными жизненными стилями и финальными целями. Хотя цели могут инициироваться наследственностью и культурными фактами, в конечном итоге цель возникает благодаря креативной силе индивидуальности. Благодаря ей ограничения, которые налагает стиль жизни, могут быть в значительной мере ослаблены, открывая дверь полному функционированию жизни индивида.

По А.Маслоу, в самоактуализации личность проявляет интегрированность и преодолевает расщепленность. Благодаря эпизодам само-

актуализации личность становится более открытой опыту, совершенной и спонтанной, независимой от низших потребностей. Креативность является одной из важнейших характеристик самоактуализации.

Концепция актуализирующейся тенденции К.Роджерса включает всю область мотивации, напряжения, потребности, редукцию напряжения, а также креативность, которая выражается в поиске тенденции к удовольствию. Идеальные условия жизни создаются благодаря полному функционированию личности. Это означает, что личность свободно выражает свои чувства, совершает независимые поступки, является креативной и живет «хорошей» жизнью. «Хорошая жизнь есть процесс, а не состояние бытия. Это – направление, а не место назначения» – писал К.Роджерс.

Несомненно, что креативность тесно связана с самоактуализацией, с определенными чертами личности, может иметь корреляции с психопатологией. В литературе не было найдено сведений об исследованиях креативности у лиц с наркотической зависимостью, кроме биографий и автобиографий знаменитых людей, которые упоминают лишь об употреблении ими наркотических средств (М.Монро, Э.Пресли, М.Булгаков, В.Гог, Д.Моррисон и др.)

Опросник «САМОАЛ», использованный в исследовании содержит 12 шкал. Их краткие характеристики:

1. Шкала ориентации во времени – на сколько человек живет настоящим, понимает ценность жизни «здесь и теперь», наслаждается актуальным моментом.

2. Шкала ценностей – на сколько человек разделяет ценности самоактуализирующейся личности, к числу которых относятся истина, красота, добро, целостность, самодостаточность, простота.

3. Взгляд на природу человека – вера в людей, могущество человеческих возможностей, а также характеризует взгляд на межличностные отношения. Высокие баллы – положительный взгляд, низкие – негативный.

4. Потребность в познании – открытость новому опыту, бескорыстная жажда нового, интерес к объектам, не связанный с удовлетворением каких-либо потребностей.

5. Креативность, или стремление к творчеству – непременный атрибут самоактуализации, который можно попросту назвать творческим отношением к жизни.

6. Автономность, по мнению большинства гуманистических психологов, является главным критерием психического здоровья личности, ее целостности и полноты. Самоактуализирующаяся личность автономна, независима, свободна, однако это не означает отчуждения и одиночества.

7. Спонтанность – естественность, непосредственность, «легкость без усилий». Способность к спонтанному поведению фрустрируется культурными нормами, в естественном виде ее можно наблюдать разве что у маленьких детей и истинно творческих людей.

8. Самопонимание. Высокие баллы свидетельствуют о чувствительности к своим желаниям и потребностям. Такие люди свободны

от психологических защит, они не склонны подчинять собственные вкусы и оценки внешним социальным стандартам. Низкие баллы – ориентация на мнение окружающих.

9. Аутосимпатия вовсе не означает тупого самодовольства, это просто хорошо осознаваемая Я-концепция, служащая источником устойчивой, адекватной самоактуализации.

10. Шкала контактности измеряет общительность личности, здесь рассматривается как общая предрасположенность ко взаимно полезным и приятным контактам с другими людьми.

11. Шкала гибкости в общении. Высокие баллы – способность к самораскрытию в общении, такие люди ориентированы на личностное общение, не смешивают самораскрытие личности с самопредъявлением. Низкие баллы характерны для людей ригидных, не уверенных в собственной привлекательности.

12. Стремление к самоактуализации – общий показатель того, на сколько человек стремится стать самоактуализирующейся личностью.

В модели Л.Дорфмана центр схемы образует «Я» экзистенциальное как целое. Оно характеризуется как единство во множественности. Его базовыми компонентами являются: 1) Я-авторское, 2) Я-воплощенное, 3) Я-превращенное и 4) Я-вторящее. Вторичными компонентами являются: 5) Я-внутреннее, 6) Я-внешнее, 7) Я расширение (авторское), 8) Я расширение (вторящее), 9) Я расширение (систем), 10) Я расширение (подсистем).

1) – характеризует Я как самостоятельную инстанцию в смысле ее относительной независимости от внешних влияний. Я-авторское можно характеризовать как а) индивидуальную идентичность; б) имманентную силу, разворачивающую заложенные в нем возможности (Маслоу А., 1968, Роджерс К., 1961); в) инстанцию, осознающую альтернативы и управляющую выборами в ситуациях неопределенности (Д.Леонтьев, Р.Мей); г) агент регуляции событий внешнего и внутреннего мира.

2) – проявляется в а) продуктах самоосуществления (самореализации, самоактуализации) авторского Я; б) личностных вкладах (по А.В.Петровскому и В.А.Петровскому); в) трансформациях объекта в результате его подчинения авторскому Я (Л.И.Дорфман).

3) – обнаруживается в а) его отождествлении с актуальным или б) новыми значениями объектов и других людей; в) принятии социальных ролей. Эмпирически обнаруживается как самоотчуждение.

4) – реагирует на внешнее влияние (пассивно/активно) и характеризуется а) социальной идентичностью; б) подверженностью влияниям принятых социальных ролей на самовосприятие; иногда в) отказом от авторского Я в пользу переживаний внешних впечатлений и событий.

5) – сочетание Я-авторского и Я-вторящего. Характеризуется как внутренняя свобода, автономность, индивидуальная идентичность. Наиболее близкими к Я внутреннему являются Inner self (Роджерс) и Privat self (Carver, Scheier)

6) – совокупность Я-воплощенного и Я-превращенного.

7) – совокупность Я-авторского и Я-воплощенного характеризует узость-широту Я-авторского, его силу, выбор в ситуациях неопределенности.

8) – сочетание Я-превращенного и Я-вторящего характеризует полноту принятия социальных ролей, выраженность ориентации на социальные ожидания.

9) – сочетание системных и регуляторных качеств Я-авторского и Я-превращенного.

10) – сочетание подсистемных регулируемых качеств Я-воплощенного и Я-вторящего.

По «МЕТАТЕСТУ-2» наиболее выраженными получились показатели Я-превращенного (6,63), Я-авторского (5,85), Я-вторящего (5,73), Я-внутреннего (5,54) [max 10 стенов]. По «САМОАЛ» показатели шкал имели выраженность от 0 до 100%. В данной группе испытуемых показатели следующих шкал превышали 50%:

- контактность – 56,92%;
- самопонимание – 54,74%;
- гибкость в общении – 52,69%;
- потребность в познании – 52, 54%;
- креативность – 52,52%;
- автономность – 52,52%;
- аутосимпатия – 50,98%.

Как видно из полученных в процессе исследования данных, наркозависимые люди обладают достаточной силой авторского Я, чтобы справляться с жизненными трудностями, то есть имеют инстанцию относительно независимую от внешних влияний. Однако показатели таких инстанций как Я-превращенное и Я-вторящее говорят о самоотчуждении и подверженности влиянию социальных ролей на самовосприятие, что может также трактоваться как «отказ от авторского Я в пользу переживаний внешних впечатлений и событий». С другой стороны Я-авторское имеет достаточно прочные связи со спонтанностью, аутосимпатией, креативностью (здесь как стремление к творчеству), и со стремлением к самоактуализации, которые являются системообразующими компонентами структуры личности. Кроме этого, испытуемые имеют все качества самоактулизирующейся личности и они достаточно выражены. Это высокая потребность в познании, открытость новому опыту, автономность и независимость, стремление к самораскрытию в общении с другими людьми, зрелость и самоподдержка. Таким образом, обнаруживается парадокс. С одной стороны, эти люди имеют все данные самоактуализирующейся личности, с другой – они принимают наркотики, не приводящие к развитию личности. Остается вопрос, каким образом наркомания и креативность связаны между собой? Какую роль выполняет креативность по отношению к структуре личности и Я? Креативность интегрирует личность и Я или, наоборот, приводит к их дифференциации и фрагментации, что может способствовать возникновению таких последствий как наркомания?

По З.Фрейду, творчество – это сублимация, то есть разрядка накопленной психической энергии в социально одобряемой форме деятельности. Если человек не может ее сублимировать, то она трансформируется и проявляется в виде невроза. Можно предположить, что и наркомания является своеобразным «неврозом». И тогда самоактуализация у лиц с наркозависимостью все же происходит. Но происходит она не в реальном мире, а в иллюзорном, виртуальном мире, в который они уходят с помощью приема наркотических веществ, осуществляя тем самым «иллюзорную деятельность» (по Б.С.Братусь).

### Психологическое исследование особенностей понимания и толкования эмоционально значимых качеств личности наркозависимыми

Нами (В.Д.Менделевич, А.В.Фролова) были обследованы 50 наркозависимых в возрасте от 17 до 45 лет. Для изучения индивидуально-психологических характеристик испытуемых был необходим «многосторонний портрет» человека, включающий такие структурные компоненты личности, как: самооценка, стиль межличностного поведения, черты характера, ведущие потребности, возможный тип дезадаптации, наличие психических отклонений, фон настроения. Поэтому в качестве адекватных методов исследования личностных особенностей испытуемых использовались СМОЛ (адаптированный и модифицированный вариант MMPI), метод цветовых выборов (тест Люшера), метод портретных выборов Сонди-Собчик. Речевые высказывания исследовались с помощью метода семантического дифференциала Осгуда, контент-шкал Готшалка-Глейзера.

Для выполнения поставленных задач были использованы специально разработанные анкеты, («Подозрительность – это», «Зависть – это», «Ревность – это», «Агрессивность – это», «Любовь – это»). В основу анкет был положен принцип свободных формулировок, что создавало предпосылки для анализа особенностей толкований индивидуального понимания личностных качеств и позволило дифференцировать различные типы поведенческих девиаций. Наряду с количественным анализом эмпирических данных осуществлялся качественный анализ экспериментальных результатов. Применялись методы математической статистики (для определения достоверности различий средних значений показателя между выборками был использован t-критерий Стьюдента, критерий Фишера, коэффициент линейной корреляции Пирсона).

Для изучения особенностей специфики понимания и толкования эмоционально значимых качеств личности наркозависимыми на первом этапе проведения эксперимента были поставлены следующие задачи:

1. Выделение индивидуальных особенностей толкований в дефинициях личностных качеств в группе испытуемых.

2. Выявление выраженности лексико-семантических показателей тревоги, агрессии, депрессии в речи пациентов с наркоманией.

Для анализа особенностей толкований индивидуального понимания личностных качеств использовались специально разрабо-

танные анкеты «Подозрительность», «Ревность», «Зависть», «Агрессивность», «Любовь». В их основу были положены принципы сбора формулировок понимания об эмоционально-значимых качествах личности. Формулировки давались в свободной форме, что привело к отражению в них реальных представлений испытуемых о конструкциях качеств, их назначении, пределах их действия. Анкеты были представлены в виде развернутых высказываний, которые являясь «репрезентантом личности», предопределили максимальную выраженность индивидуально-психологических особенностей испытуемых.

Жанр анкет – развернутые речевые высказывания, представляющие собой (по определению Л.Витгенштейна) «форму жизни» (поведение людей, основанное на определенной системе представлений о мире). Они использовались человеком в качестве «правил жизни», тем самым анкеты явились носителями жизненных ориентаций, которые в своей совокупности выступают как «философия жизни» личности, ее идеология представленная в языковой форме.

Для анализа были выбраны пять качеств: подозрительность, зависть, ревность, агрессивность, любовь (табл. 23–27). Эти качества значимы для испытуемых, поскольку особенностями эмоциональной сферы пациентов с наркоманией явились такие чувства как гневливость, раздражительность, ревность, разочарованность, неудовлетворенность, отчужденность, запрет на близость, порождающий чувство безнадежности и пустоты жизни, зависть к окружающим, убежденность, что другие им завидуют. Эти категории лежат в основе девиантных форм поведения (в том числе асоциальных, противоправных форм поведения), они отражают отношение человека к миру, к другим людям, к самому себе (Менделевич В.Д., 2001).

Таким образом, речевая продукция выступила в качестве «проективного» материала, аналогично рисуночным, цветовым и другим используемым в клинической практике проективным методикам. В результате было создано описание каждого качества, охватывающее все его индивидуальные дефиниции и составляющее индивидуальную семантическую концепцию понимания.

В эксперименте в качестве метода исследования понимания и толкования эмоционально значимых качеств личности лицами с зависимыми формами поведения был использован метод анализа речевого содержания Л.Готшалка и Г.Глезера (1961). Метод представляет собой психоаналитический инструмент для диагностики осознанных и неосознанных аффектов в содержании устной и письменной речи. Метод включает в себя несколько шкал, диагностирующих аффективные состояния и страхи. Контент-шкалы Готшалка-Глезера позволили оценить выраженность в индивидуальных определениях таких состояний как тревога, агрессия, депрессия, поскольку назначение данного метода – оценка отражения в речи эмоциональных состояний.

Л.Готшалк и Г.Глейзер выделили несколько видов тревоги: тревогу по поводу смерти, тревогу по поводу увечья, тревогу разобщения, вины, стыда и неопределенную тревогу, а также 3 вида агрессии: от-

крытую, к которой относились высказывания, касающиеся мыслей и действий, связанных с разрушением, критикой, направленными на других людей; скрытую агрессию – высказывания испытуемого, касающиеся агрессивных мыслей и действий, выражаемых одними людьми по отношению к другим, а также амбивалентную агрессию, отражающую разрушительные, критические мысли и действия других по отношению к говорящему. На основании этих данных исследователи пришли к выводу, что получаемые с помощью контент-шкал данные отражают актуальное состояние человека.

Авторы метода считают, что в результате определения частоты появления определенных категорий в речевых высказываниях возможно измерение величины аффекта. Другими словами, чем сильнее аффект, тем чаще по сравнению с другими будут использоваться в речи соответствующие высказывания. Поэтому, для определения в какой степени человеку присуща, например, тревога «социального неодобрения», в толкованиях выделялись высказывания, входящие в понятие тревоги «социального неодобрения» (высказывания об отрицательной критике, оскорблении, осуждении, моральном неодобрении; вине или угрозе таковых, высказывание о насмешках, неполноценности, стыде, смущении, унижении, чрезмерное выделение недостатков или подробностей личного характера) с последующим подсчетом частоты употребления этих смысловых единиц. Иначе говоря, речевой материал анализировался на наличие высказываний прямо или косвенно связанных с агрессией, тревогой, депрессией. При этом анализировалось количество высказываний в тексте, отмечалось только их наличие и качественная их оценка.

Каждое определение оценивалось по выраженности в речевом материале: тревоги по поводу смерти и физического неблагополучия; тревоги социального неодобрения; тревоги разобщения. *Тревогу смерти и физического неблагополучия* (в данное понятие входят высказывания о смерти, угрозе смерти, опасения о состоянии здоровья и т.д.) в дефинициях обнаруживают 34% больных наркоманией. В индивидуальных дефинициях здоровых лиц высказывания подобного рода не встречаются. 56% больных наркоманией демонстрируют частое употребление высказываний, связанных с тревогой разобщения (высказывания об оставлении заброшенности, утрате поддержки). Помимо этого у испытуемых нередко встречаются высказывания об осуждении, моральном неодобрении, о чувстве вины, о насмешках, неполноценности, стыде смущении, унижении, чрезмерное выделение недостатков личного характера. Проявление в толкованиях *тревоги социального неодобрения* наблюдается у 60% больных наркоманией.

Полученные данные согласуются с личностными особенностями испытуемых. Чувствительность к оценке себя другими людьми, боязнь осуждения, неумение жить в соответствии с устоями и общепринятыми нормами, плохая переносимость трудностей повседневной жизни – это личностные особенности больных наркоманией, отражаются в индивидуальных толкованиях в виде повышенной степени *тревоги разобщения* (56%).

Обнаружено, что актуализация различных типов тревоги зависит от темы определений. 34% больных наркоманией в определениях «агрессивности», «ревности» высказываются о несчастных случаях, о телесных повреждениях (по пункту шкалы тревоги по поводу смерти и физического неблагополучия). В группе испытуемых наблюдается разброс в проявлениях скрытой формы агрессии в речевых высказываниях. По пункту шкалы *скрытой агрессии*, (которая включает высказывания об отрицательной критике, брани, гневе других людей), в группе больных наркоманией степень проявления этого типа агрессии значительно высока (62%). 6% испытуемых больных наркоманией в определениях «агрессивности», «зависти» отрицают у себя наличие неприязни, гнева, жестокости. Отрицание «внутрен-

*Таблица 23*

**Синонимический ряд «подозрительности»**

| Психологические состояния | Испытуемые | |
|---|---|---|
| | больные наркоманией, % | контрольная группа, % |
| Тоска, обида, разочарование, отчаяние, печаль, сожаление, терзание (переживания с оттенком понижения настроения и тоскливостью) | 17 | 10 |
| Страх, напряжение, беспокойство, настороженность, тревога, паника, волнение, тревога (переживания с оттенком понижения настроения, тревожностью) | 13 | 48 |
| Злоба, раздражение, враждебность, ярость, ненависть, неприязнь (переживания с оттенком понижения настроения, гневливостью) | – | 51 |

*Таблица 24*

**Синонимический ряд «тревоги»**

| Психологические состояния | Испытуемые | |
|---|---|---|
| | больные наркоманией, % | контрольная группа, % |
| Досада, злость, неприязнь, ненависть, ярость, враждебность, раздражительность (переживания с оттенком понижения настроения, гневливостью) | 67 | 15 |
| Тоска, горечь, обида, разочарование, сожаление, отчаяние, терзание, угнетение (переживания с оттенком понижения настроения, тоскливостью) | 12 | 20 |
| Взволнованноть, напряженность, растерянность, смущение (переживания с оттенком понижения настроения и тревожностью) | 20 | 9 |

*Таблица 25*

**Синонимический ряд «зависти»**

| Психологические состояния | Испытуемые | |
|---|---|---|
| | больные наркоманией, % | контрольная группа, % |
| Злость, ярость, ненависть, гнев, раздражение, неприязнь, отвращение (переживания с оттенком понижения настроения, гневливостью) | 82 | 48 |
| Беспокойство, боязнь, испуг, напряжение, страх, ужас, паника (переживания с оттенком понижения настроения, тревожностью) | 34 | 10 |
| Горечь, обида, разочарование, сожаление, отчаяние, угнетение, раскаяние, стыд (переживания с оттенком понижения настроения, тоскливостью) | 25 | 6 |
| Ревность, досада, зависть, подозрительность (переживания с пониженным настроением и чувством субъективного дискомфорта) | 25 | 3 |

*Таблица 26*

**Синонимический ряд «ревности»**

| Психологические состояния | Испытуемые | |
|---|---|---|
| | больные наркоманией, % | контрольная группа, % |
| Злость, ярость, ненависть,гнев, раздражение, неприязнь, отвращение (переживания с оттенком понижения настроения, гневливостью) | 40 | 15 |
| Беспокойство, боязнь, испуг, напряжение, страх, ужас, паника (переживания с оттенком понижения настроения, тревожностью) | 10 | 40 |
| Горечь, обида, разочарование, сожаление, отчаяние, угнетение, раскаяние, стыд (переживания с оттенком понижения настроения, тоскливостью) | 11 | – |
| Привязанность, зависимость, досада, агапэ (переживания с пониженным настроением и чувством субъективного дискомфорта) | 47 | 2 |

ней реальности», неспособность управлять своими аффектами, аддиктивный паттерн поведения – «все зависит от того, что происходит во внешнем мире», вероятно, приводят к тому, что 16% больных наркоманией высказываются о том, что «другие люди» разочаровывают, обманывают, проявляют жестокость. Отметим, что испытуемые определяют окружающую среду как «злую, бездушную» и т.д.

*Таблица 27*

**Синонимический ряд «любви»**

| Психологические состояния | Испытуемые | |
|---|---|---|
| | больные наркоманией, % | контрольная группа, % |
| Покой, понимание, безмятежность, спокойствие (состояния с оттенком нейтрального эмоционального реагирования) | 5 | 7 |
| Азарт, восторг, счастье, блаженство, радость, экстаз (состояния с оттенком повышенного настроения) | 16 | 40 |
| Ревность, привязанность, зависимость, агапэ (переживания с пониженным настроением и чувством субъективного и внутреннего дискомфорта) | 45 | 11 |

Анализ дефиниций испытуемых по шкале *открытой агрессивности* показывает, что половина испытуемых выражает гнев, неприязнь по отношению к другим людям в определениях «агрессивности» и «ревности», неуважительно высказывается об окружающей среде в толкованиях «зависти».

Об отсутствии цели в жизни высказываются 48% больных наркоманией.

### Выделение лексико-семантических вариантов в индивидуальных дефинициях наркозависимых

В ходе анализа индивидуальных определений были установлены импликационные семы, позволяющие проследить внутрисловную импликациональную связь, дифференциальные признаки, включающие способ поведения, эмоционально-оценочные характеристики, ситуационные детерминанты, позиции определяющего, указание на назначение качества. Это позволило определить существенные особенности каждого качества в группе испытуемых.

*Особенности определения «подозрительности»*. Испытуемые контрольной группы понимали «подозрительность» как «излишнюю мнительность», «игру воображения», «фантазию». 51% больных наркоманией объединили в синонимический ряд: злобу, ярость, враждебность, ненависть, неприязнь (переживания характеризующиеся понижением настроения, гневливостью). Особенностью в толкованиях «подозрительности» у 48% больных наркоманией стал ведущий признак — желание: «желание во всем видеть опасность», «полное неприятие окружающей среды», «видение в окружающих только плохое», «желание себя обезопасить». Синонимический ряд был представлен такими лексемами: напряжение, беспокойство, волнение, настороженность (переживания с оттенком понижения настроения, тревожностью).

*Особенности определения «зависти»*. Мы предположили, что данное качество по причине неоднозначного к нему отношения в культуре общества должно было получить значительно более различающееся между собой определения. Испытуемые контрольной группы понимали «зависть» как качество, необходимое для активных действий, для достижения целей, как условие обеспечения жизнедеятельности, ее развития, совершенствования: «трамплин», «вызывает чувство соревнования, хочется добиться большего, чем есть у другого». 30% испытуемых контрольной группы объединили в синонимический ряд: обиду, разочарование, сожаление, отчаяние (переживания с оттенком понижения настроения, тоскливостью), 15% контрольной группы отметили такие синонимы, как досада, неприязнь, злость. 15% больных с наркозависимостью толковали «зависть» через синонимы: клевета, враждебность, досада, нервозность, ненависть. Наркозависимые определили окружающую среду как «завистливую, лживую, ненадежную», уточняя при этом, что многие люди им завидуют «...это мешает свободно общаться», «я не доверяю людям, они мне завидуют». У 48% наркозависимых синонимический ряд был представлен психическими переживаниями, отличающимися понижением настроения, тревожностью: беспокойство, напряжение, волнение, тревога.

*«Агрессивность»* обозначалась в толкованиях испытуемых как: готовность, нападение, реакция, расстройство, самозащита, защита, неумение, умение. Характерной особенностью определений агрессивности у здоровых лиц (также как и в толкованиях «зависти») явилось присутствие в них Другого, не Себя. Возможно, здесь имели место выраженные защитные тенденции, что свидетельствовало об эмоциональной значимости агрессивности для испытуемых.

Больные наркоманией понимали «агрессивность» как «умение дать отпор» и «реакция на поступки». Акцент в такого рода определениях делали на «необходимости агрессивности»: «без этого качества пропадешь», «нужно для выживания», «качество присущее всем». Подобное понимание качества обусловило выбор синонимов «агрессивности» в этой группе испытуемых. 82% больных с наркозависимостью выделили такие лексемы, как злость, ярость, раздражение, неприязнь, ненависть. Больные с наркозависимостью видели в агрессивности активные действия человека по отношению к другим. Причем эти действия несли разрушительный характер (как важнейший признак агрессии): «готовность напасть», «причинить зло физически и морально», «наказать за поступок, который мне не понравился», «оскорбить человека», «враждебность к другому, выраженная в словах, жестах». В группе больных наркоманией агрессивность обозначалась как: способность, неспособность, желание, нежелание, понимание, непонимание, стремление, незнание, неумение. Кроме того, жестокость часто определялась через название действия, выраженного каким-либо отглагольным существительным: уничтожение, игнорирование, издевательство.

Как видно из анализа определения «агрессивности» наркозависимые стремились найти объяснение этого качества (мы предположили, что подобный способ толкования свидетельствовал об эмоцио-

нальной значимости качества для испытуемых). Это отличало толкование агрессивности от других качеств. Вероятно, страх, напряженность в связи с агрессивным поведением «другого» подталкивал к тому, чтобы как-то можно было уяснить причины, мотивы, факторы данного поведения. Видимо, с этим же была связана и такая характеристика некоторых определений, как указание на внешние, сопутствующие признаки агрессивности. 34% больных наркоманией объединили в синонимический ряд беспокойство, нервозность, ужас, страх, напряженность, испуг (эмоциональные состояния, характеризующиеся понижением настроения с оттенком тревожности).

Другая особенность, которая встречалась в понимании агрессивности — как «настроя», как ситуативного поведения, временного проявления отношения к окружающим. В ряде определений респондентов «агрессия» понималась как устойчивое свойство личности: «дурная привычка». В определениях больных наркоманией указывался выход за пределы нормы в качестве характеристики агрессивного человека. Очевидно разделение групп по разному пониманию ими функции агрессивности: одна категория испытуемых описывала агрессивность как «желание», «стремление», «намерение», «готовность», другая — как «действия», «нанесение ущерба».

*Особенности определения качеств «любовь» и «ревность».* В определениях «любви» это качество получило различное название: у 40% испытуемых контрольной — «восторг и радость», «счастье», «искренние отношения между партнерами», (в синонимический ряд вошли слова, отражающие переживания с оттенком повышения настроения — азарт, вдохновение, восторг, радость, экстаз, счастье). 45% наркозависимых определяли «любовь» через контекстные синонимы: «боль», «терпение», «страдание», «наслаждение», «самоотверженность». В этой группе нередко встречались определения типа: «любовь-иллюзия, боль-наслаждение». Синонимический ряд в этих группах составили: ревность, привязанность, зависимость, агапэ. Акцент делался на несчастливые, неблагополучные личные контакты: «вечный поиск гармонии...», «хождение по мукам». «Любовь — идеализация некого объекта, которого требует ваша часть личности, неудовлетворенная и ищущая партнерства».

Таким образом, «вольное» толкование личностных качеств не только соотносилось с личностными качествами, но и указывало на проблему (в данном случае — на проблему взаимопонимания). В 40% толкованиях наркозависимых «ревность» описывалась, как противостояние двух сил: человек с одной стороны и чувств, страстей — с другой: «это, когда человеком обуревают страсти», «иногда даже человек не может совладать с собой, со своими чувствами», «человек поддается нахлынувшему на него чувству». Испытуемые с наркозависимостью отметили: антипатию, гнев, ярость, раздражение, отвращение, неприязнь — синонимический ряд переживаний, отражающий понижение настроения, гневливость.

В описаниях «любви» данное качество характеризовалось как чувство, эмоции, эмоциональный процесс. В качестве важных особенно-

стей были выделены: сила процессов, «сила желания», «способность отдаваться кому-либо...», «чувство, захватывающее тебя целиком».

В исследовании были составлены обобщенные представления о наиболее часто встречающихся признаках в индивидуальных дефинициях, выявленных путем выделения импликациональных компонентов значения (табл. 28–32). Так как при анализе толкований, в одном и том же толковании качества личности были обнаружены несколько импликациональных сем, то поэтому процент испытуемых в группах превышал больше 100%. Исследование дефиниций показало, что интегральными семами качества «подозрительность» явились: враждебность окружающего мира, ожидание беды, неприятности. У 36% больных наркоманией инвариантным семантическим признаком «подозрительности» стал «барьер в коммуникации» (качество, затрудняющее общение). Кроме того, испытуемых объединило указание на функцию данного качества; подозрительность, как способ защиты личности от экспансии окружающих, наличие этого качества становится основанием для изоляции, ухода от действительности, окружающего мира.

Общую часть семантики «ревность» у 12% больных наркоманией составила сема – «контроль». Объединяющим признаком «ревности» у здоровых лиц стала «неуверенность в себе» – контрольная группа.

В понимании зависти обращал на себя внимание факт, что контрольная группа испытуемых выделила «миссию» зависти, как условие, механизм жизнеобеспечения и развития личности, зависть, как залог успешности в различных жизненных ситуациях – поведения и адаптационного и поискового. Наркозависимые же указали на такой признак зависти, как «представление о враждебности, завистливости окружающей среды». Основной и общей семантической функцией «агрессивности» для испытуемых стала функция защиты, охрана личности.

В контрольной группе и группе наркозависимых в импликационале выделились следующие темы:

1. Помогает разрешить проблемную ситуацию, в достижении своих целей;
2. Реакция на поступки окружающих;
3. Необходима для адаптации к условиям жизни.

Кроме того, 48% наркозависимых указали на такие признаки агрессивности, как нападение, наказание, причинение ущерба (функция экспансии), у 38% наркозависимых был выделен такой признак, как сознание независимой позиции (функция защиты).

Полученные результаты позволяют сделать следующие выводы о том, что дефиниции испытуемых эмоционально-значимых качеств «подозрительность», «зависть», «ревность», «любовь», «агрессивность» отличаются от дефиниций здоровых лиц. Налицо разделение групп испытуемых по различному толкованию ими внутриструктурных смысловых компонентов, частей качества. В некоторых случаях, когда различие между дефинициями слишком велико, речь идет фактически о разных качествах, или разных видах и формах проявления качества в группах испытуемых.

*Таблица 28*

**Импликациональные семы «подозрительности»**

| Испытуемые | Импликационалы | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Симптом болезни | Контроль за внешним миром | Качество, необходимое для выживания, умение быть бдительным | Ожидание неприятности, беды, угрозы | Барьер в коммуникации, затрудняет общение | Способ изоляции ухода от действительности | Представление об окружающем мире, как враждебно настроенном | Излишняя мнительность |
| Процент испытуемых в группах | | | | | | | | |
| Контрольная группа | – | – | – | 10% | – | – | – | 57% |
| Больные наркоманией | – | 30% | 64% | 57% | 36% | 30% | 35% | – |

*Таблица 29*

**Импликациональные семы «ревности»**

| Испытуемые | Импликационалы | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Отсутствие уверенности в себе, комплекс неполноценности | Болезнь, нездоровое сомнение | Измена, неверность | Проявление любви | Нарушение душевного равновесия, неадекватность, неспособность себя контролировать | Желание контролировать партнера |
| Процент испытуемых в группах | | | | | | |
| Контрольная группа | 2% | – | 5% | 2% | 6% | 4% |
| Больные наркоманией | – | – | – | – | – | 12% |

*Таблица 30*

**Импликациональные семы «зависти»**

| Испытуемые | Импликационалы | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Отсутствие уверенности в себе, комплекс неполноценности | Условие развития личности, совершенствования | Желание иметь то, чего нет у других | Создает барьер, препятствие в коммуникации | Обида на более успешных людей | Представление враждебности, завистливости мира |
| Процент испытуемых в группах | | | | | | |
| Контрольная группа | – | 20% | 36% | – | 3% | – |
| Больные наркоманией | – | – | 24% | 20% | – | 12% |

*Таблица 31*

**Импликациональные семы «агрессивности»**

| Испытуемые | Импликационалы | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Самозащита охрана личности | Для разрешения проблемных ситуаций, для достижения своих целей | Реакция на поступки окружающих | Способ самонаказания | Для адаптации к условиям жизни | Для создания независимой позиции | Способ восприятия окружающего мира, видение угрозы | Нападение, наказание | Неспособность контролировать свои эмоции, аффективность |
| Процент испытуемых в группах | | | | | | | | | |
| Контрольная группа | 13% | 2% | 10% | – | 7% | – | – | – | – |
| Больные наркоманией | 56% | 40% | 20% | 10% | 21% | 38% | 18% | 40% | – |

*Таблица 32*

**Импликациональные семы «любви»**

| Испытуемые | Импликационалы | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Общечеловеческая ценность | Боль, терпение, страдание | Приватное волнение, восторг, радость, наслаждение | Привязанность, жизнь ради другого человека, зависимость | Взаимопонимание, способность существовать с другим, его точкой зрения, поступками | Для обеспечения покоя, стабильности |
| Процент испытуемых в группах | | | | | | |
| Контрольная группа | 10% | – | 48% | – | 44% | – |
| Больные наркоманией | – | 15% | – | 20% | – | – |

Выделенные импликационные семы качеств («подозрительности», «ревности», «агрессивности», «зависти», «любви») объединило общее значение – они все относились к внешним, поведенческим проявлениям человека. Все они говорили о намерениях, побуждениях, стремлениях человека, его ценностях. Таким образом, импликационал был связан с тезаурусом испытуемых. Испытуемые в своих определениях использовали ряд способов толкования, позволяющих им в последствии регулировать свое поведение и отношения, оперируя данными качествами. Анализируя вербальные определения испытуемых, можно отметить, что наиболее общим для всех проанализированных высказываний явились смысловая категория состояния. При помощи категорий состояния испытуемые описывали свое состояние по отношению к другим людям: «поговорю с этим человеком и становится тоскливо», «бывает, ненавижу тех людей...». Был выделен синонимический ряд эмоциональных переживаний с оттенком понижения настроения, тревожностью, тоскливостью, гневливостью, а также синонимические ряды, отражающие переживания с пониженным настроением и чувством субъективного внутреннего дискомфорта. В определениях больных наркоманией нередко встречались категории признака: «...люди жестокие...», «окружающая среда злая, бездушная».

В определениях «любви» больные наркоманией обнаружили частое употребление частицы «не» (неспособность, нежелание) и неопределенных местоимений (каких-либо, какой-то и т.д.).

**Исследование степени близости понимания («подозрительности», «зависти», «ревности», агрессивности», «любви») в оценках наркозависимых с помощью шкал семантического дифференциала**

В эксперименте как вспомогательный методический прием анализа индивидуального и группового понимания содержания понятий были использованы вербальные шкалы, построенные по методу семантического дифференциала (Осгуд Ч., 1979). Одно из назначений метода семантического дифференциала – оценка коннотативного значения, связанного с личностным смыслом, с категориями «наивного» житейского сознания, с «имплицитной теорией личности». Зависимость конфигурации индивидуального личностного пространства от личностных особенностей самого субъекта сделали метод семантического дифференциала близким к проективному подходу в исследовании личности. Семантический дифференциал успешно применялся в клинической психодиагностике. Очевидно, что в случае внутренних конфликтов, при фрустрации, повышенной тревожности и т.д., возможно существенное отклонение определенных понятий от обычных. Изменение значений испытуемых нередко оказывается симптоматическим для ряда психических расстройств, а также часто служит критерием динамики состояния и хода лечения.

В данном исследовании семантический дифференциал выступил не прямым, но опосредованным способом получения оценок, позволявшим исследовать «скрытую» структуру индивидуальных значений, оценок, отношений.

Участникам эксперимента предлагалось оценить качества «подозрительность», «зависть», «ревность», «агрессивность», «любовь» по шкале, образованной парой антонимичных понятий, и градуированной так, что крайние ее деления представляли собой превосходную степень, начальную степень, центральное деление – нейтральную позицию:

«обидчивость – терпимость»,
«боязнь, опасение – безопасность»,
«тревожность – спокойствие»,
«зависимость – независимость»,
«напряженность – расслабленность»,
«паника – спокойствие»,
«иллюзия – реальность»,
«пессимизм – оптимизм»,
«мнительность – уверенность»,
«озабоченность – беззаботность»,
«осторожность – доверчивость»,
«замкнутость – открытость»,
«боль, страдание – радость, наслаждение»,
«непонимание – взаимопонимание»,
«покорность – сопротивление».

Первичная обработка данных состояла в группировке протоколов участников эксперимента, по каждой шкале подсчитывались средние значения оценок для каждого понятия. Усредненные шкальные оценки понятий составлялись с учетом всех показателей, иначе говоря, они отражали общую характеристику группы респондентов, их тенденций и предпочтений. Кроме того, вычислялась средняя дисперсия по каждой шкале опросника.

Больные наркоманией оценивали значительно негативнее перечисленные качества по сравнению с контрольной группой испытуемых. Испытуемые связали «ревность» с «обидчивостью», «боязнью», «опасением», «тревожностью», «зависимостью», «напряженностью», «паникой», «пессимизмом», «мнительностью», «осторожностью». Выраженная реакция наблюдалась у больных наркоманией по шкале «напряженность – расслабленность» (-2,14) (понятие «ревность»). Средние оценки наркозависимые показали при оценивании качества «ревность» (-1,88) по шкале «зависимость – независимость»; по шкале «пессимизм – оптимизм» (-1,66), по шкале «осторожность – доверчивость» (-1,78). Выраженная оценка качества наблюдалась по шкале «паника – спокойствие» (-1,94).

У испытуемых качество «подозрительность» тяготело к левому полюсу эмоциональных координат «обидчивость – терпимость», «боязнь, опасение – безопасность», «тревожность – спокойствие», «напряженность – расслабленность», «паника – спокойствие». Наркозависимые соотнесли данное качество с «боязнью, опасением», «зависимостью», «пессимизмом», для контрольной группы респондентов понимание «зависти» ближе к «безопасности», «оптимизму», «независимости». Выраженная оценка качества наблюдалась по шкале «обидчивость – терпимость» (-2,12), заметная выраженная

оценка качества «зависть» была дана больными наркоманией по шкалам «зависимость – независимость» (-1,98), «тревожность – спокойствие» (-1,98), «напряженность – расслабленность» (-1,92).

Для испытуемых в оценивании понятия «агрессивность» оно оказалось ближе по значению к «обидчивости», «тревожности», «напряженности», «сопротивлению», «боязни, опасению» (исключение составила контрольная группа, она не связала «агрессивность» с «боязнью, опасением»). По степени значимости оцениваемого понятия «агрессивность» выраженная реакция наблюдалась у наркозависимых по шкале «обидчивость – терпимость» (-2,10), а также по шкалам «осторожность – доверчивость» (-2,02); «замкнутость – общительность» (-2,04). Менее выраженные значения оказались у больных с наркозависимостью по координате «напряженность – расслабленность» (-1,94).

В оценивании качества «зависть» для всей выборки явилось то, что «зависть» больше тяготела к «обидчивости», «тревожности», «напряженности» и «панике». Испытуемые контрольной группы связали понятие «зависти» с «озабоченностью». По шкале «напряженность – расслабленность» у больных наркоманией (-2,04). Менее выраженная оценка наблюдалась по шкале «тревожность – спокойствие» (-1,88).

Исследование показало, что чем длиннее вектор удаленности от нейтральной позиции, тем интенсивней реакция и более значимо для испытуемого оцениваемое понятие.

Далее для выявления возможных зависимостей между шкальными оценками понятий был использован метод корреляционного анализа (коэффициент линейной корреляции Пирсона). Корреляционный анализ шкальных оценок показал, что существует значимая степень совпадения в оценках отдельных качеств. Достоверные совпадения в оценках «ревности» обнаружили между здоровыми лицами и больными наркоманией (0,821**).

### Изучение корреляций между индивидуально-психологическими и психосемантическими характеристиками наркозависимых

Мы предположили, что понимания и толкования эмоционально значимых качеств личности коррелирует с клиническими психологическими и психопатологическими особенностями, поэтому для изучения индивидуально-психологических характеристик испытуемых был необходим «многосторонний портрет» человека, включающий такие структурные компоненты личности, как: самооценка, стиль межличностного поведения, черты характера, ведущие потребности, возможный тип дезадаптации, наличие психических отклонений, фон настроения. Поэтому в качестве адекватных методов исследования личностных особенностей наркозависимых использовались СМОЛ, тест Люшера, метод портретных выборов Сонди.

Для диагностики эмоциональной сферы, выявления функционального состояния испытуемого и устойчивых черт его личности в качестве инструмента исследования использовался восьмицветовой

*Таблица 33*

**Значимость различий при первом и втором выборе**

| Код цвета по Люшеру | Больные наркоманией – контрольная группа |
|---|---|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | 0,05 (0,01 – при втором) |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | 0,05 (0,05 – при втором) |
| 0 | |

*Таблица 34*

| | Первый выбор (код цвета по Люшеру) | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ранг | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Наркозависимые | 2 | 1 | 4 | 5 | 0 | 3 | 7 | 6 |
| Контр. группа | 2 | 4 | 1 | 3 | 5 | 0 | 6 | 7 |
| | Второй выбор (код цвета по Люшеру) | | | | | | | |
| Ранг | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Наркозависимые | 2 | 1 | 4 | 5 | 0 | 7 | 3 | 6 |
| Контр. группа | 4 | 2 | 1 | 3 | 5 | 0 | 6 | 7 |

**тест Люшера**. Полученные результаты были представлены в таблицах 33 и 34.

Испытуемые в контрольной группе, в отличие от больных наркоманией, выбирали красный цвет на первые два места (различия между выборками в основном касаются первых двух мест). Красный цвет в позиции явного предпочтения свидетельствовал об активной направленности на познание жизни и деятельности, о силе волевых усилий, энергичности. Обратная картина наблюдалась при распределении черного цвета: больные наркоманией ставили черный цвет в позицию «++». Это свидетельствовало о весьма негативном состоянии, ощущения враждебности окружающих, желании отгородиться от среды, негативизме, агрессивно-деструктивной импульсивности.

В группе больных наркоманией и контрольной группе, различие между выборками заключается в том, что у больных наркоманией красный цвет находился в отвергаемой позиции, респонденты контрольной группы ставили красный цвет на первые три места. В группе больных наркоманией предпочтение отдавалось черному цвету (в

этой группе он стоял на первом месте), а в контрольной группе черный цвет находился в позиции антипатии.

Далее, чтобы получить усредненный выбор распределения цветов в каждой группе, мы перевели ранговую шкалу в шкалу интервалов. При этом мы пользовались следующим допущением: различия между соседними рангами равны единице. Таким образом, частоту выбора цвета, находящегося на первом месте, мы умножали на 8, находящегося на втором месте – на 7, находящегося на третьем месте – на 6 и т.д. Затем полученные значения мы сложили. В результате были получены следующие суммы, которые отражают усредненное распределение частот. Перевод из ранговой шкалы в интервальную имел достаточно условный характер.

Характеристиками контрольной группы стали: оптимистичность, эмоциональная устойчивость, легкое вживание в разные социальные роли, потребность нравиться окружающим, зависимость от средовых воздействий, поиски признания и стремления сопричастности в межличностном взаимодействии. Склонность к плодотворному сотрудничеству без притязаний на лидирующую позицию. Умение сглаживать конфликты, сдерживать собственные непосредственные реакции. Хороший самоконтроль при достаточной активности, потребность распоряжаться своей судьбой. В то время как у больных наркоманией на первой и второй позициях присутствовал один из основных цветов. Однако в целом состояние характеризовалось напряженностью, типичным оказалось ощущение враждебности окружающих, уязвимое самолюбие, выраженный контроль в сфере чувственности приводил к изоляции. Отмечалась потребность в необычных приключениях, волнующих событиях. Помимо этого характерным явился эгоцентризм и стремление к независимости, с одной стороны, а с другой – зависимость от окружения, стремление добиться признания, восхищения и связанное с этим понимание необходимости контролировать себя и свои эмоциональные проявления. Индивидуальные варианты этой общей характеристики, как показывали результаты исследования, различны.

Для выполнения поставленных задач в эксперименте использовался **СМОЛ** (адаптированный и модифицированный вариант Миннессотского многопрофильного опросника личности (MMPI), так как профиль СМОЛ позволяет обнаружить «личностные особенности и проблемы человека» (Собчик Л.Н., 2000).

Контрольная группа испытуемых отличалась низкими показателями (35Т), что указывало на эгоцентризм, неконформность установок, грубоватую и жесткую манеру поведения, циничный взгляд на жизненные явления. Но, несмотря на идентичные характерологические черты женщин и мужчин контрольной группы, в результате анализа профиля были обнаружены различия среди испытуемых женщин и мужчин: у мужчин был обнаружен меньший уровень напряженности, большую степень психологического комфорта, тенденцию к отрицанию психологической конфликтности. Мужчины проявляли большую искренность. Результаты корреляционного ана-

лиза показали, что у здоровых лиц (женщин) взаимосвязаны четвертая, седьмая, восьмая, шестая, вторая шкалы.

Анализ мужского профиля больных наркоманией позволил обнаружить преимущественно астенический тип реагирования с чертами шизоидности. Который характеризовался следующими чертами: растерянностью, страхами, явлениями дереализации, расстройствами сознания, замкнутостью, своеобразием суждений, непредсказуемостью и возможной непонятностью высказываний, изобретательностью, сниженным уровнем побуждений. Изучение профиля показало: снижение эмоционального фона, уровня побуждений и общительности на фоне тревожных реакций. Показатели восьмой шкалы выявили у испытуемых данной группы нестандартность мышления и необычность переживаний, недостаточную способность к интуитивному пониманию причин поведения окружающих. При этом проявлялась аффилиативная потребность (пик по второй шкале – 60Т), никогда полностью не удовлетворяемая из-за неспособности ее оценить и адекватно воспринять. По показателям шестой шкалы в поведении испытуемых проявлялись черты достаточной гибкости, неспособность отказаться от своей точки зрения, изменить концепцию, сочетающиеся с недостаточной волевой саморегуляцией. Показатели третьей шкалы указали на такое свойство, как недостаточная спонтанность в социальных контактах. Умеренно выраженная восьмая шкала отразила ощущение разобщенности с миром и окружающими в мужской группе больных наркоманией. Значимо взаимосвязанными оказались все шкалы, исключение составила шкала достоверности.

Женщины, больные наркоманией обнаружили смешанный тип реагирования с выраженными чертами шизоидности, снижением эмоционального фона, уровня побуждений и общительности. Умеренно повышенная четвертая шкала (70Т) и выраженная восьмая (75Т) выявили у испытуемых рассматриваемой группы черты нонконформизма, противопоставления своих субъективных установок, взглядов и суждений окружающим, жесткость и эгоцентричность установок. В связи с затруднением межличностных связей в данной группе испытуемых нарушалась социальная адаптация, возрастали трудности усвоения социальной нормы, повышалась вероятность недоразумений. Затрудненность повседневных контактов, приводящая к большему увеличению изоляции, усиление ощущения внутренней напряженности. На фоне амбивалентности в отношениях с окружающими проявлялись симбиотические тенденции. Недостаточность социальных контактов обусловили беспокойство по поводу принадлежности и значимости своей личности, что являлось основой для аутического фантазирования и формирования аффективно насыщенных идей. Показатели восьмой шкалы обнаружили защитный механизм, проявлявшийся при трансформации тревоги – интеллектуальная переработка, уход в мир мечты и фантазии. Повышенная восьмая шкала в профиле женщин больных наркоманией отразила обособленно-созерцательную личностную позицию,

склонность к раздумьям, превалирующую над чувствами и действенной активностью, отрыв от реальности и трудности адаптации к обыденным формам жизни. Женская часть группы больных наркоманией характеризовалась нарушением адекватно-эмоционального реагирования, отсутствием естественной эмоциональной «окраски» в поведении, утратой способности к интуитивному пониманию окружающих. Пик профиля по седьмой шкале в рассматриваемой группе отразил высокую чувствительность к средовым воздействиям, повышенную чуткость к опасности, пессимизм, безысходность и ощущение разобщенности с миром окружающих, тревожность.

В результате анализа профилей больных наркоманией были выделены следующие различия между испытуемыми женщинами и мужчинами: женщины проявляли более высокий уровень аутичности, эмоциональной напряженности и астенизации в сочетании с существенно большей импульсивностью и чертами несдержанности, ухудшавшими социальную адаптацию и ввергавшими их в сомнительные контакты. Значимо взаимосвязанными в женской подгруппе оказались шкалы седьмая, восьмая, первая и шкала коррекции. Мужскую и женскую группу объединили следующие личностные свойства: смешанный тип реагирования с выраженными чертами шизоидности, снижением эмоционального фона, уровня побуждений и общительности, обособленно-созерцательная личностная позиция, аналитический склад мышления, склонность к раздумьям превалирующей над чувствами и деятельной активностью.

Изучив профиль данной группы, можно предположить, что испытуемые больные наркоманией испытывали трудности адаптации к обыденным нормам жизни, возможна утрата способности к интуитивному пониманию окружающих и проигрыванию их ролей, нарушение адекватного эмоционального реагирования, черты эксцентричности, отсутствие естественной эмоциональной окраски в поведении. Затрудненность повседневных контактов, приводящая к еще большему увеличению изоляции, к ощущению внутренней напряженности. Недостаточность социальных контактов обусловили беспокойство по поводу принадлежности и значимости своей личности, послужили основой для аутистического фантазирования.

В связи с затруднением межличностных связей в данной группе испытуемых нарушалась социальная адаптация, возрастали трудности усвоения социальной нормы, повышалась вероятность недоразумений, проявлялась неприспособленность к тем или иным условиям.

Больные наркоманией в большей степени, чем остальные, были склонны к проявлениям стеничности, протестным реакциям, нонконформизму, импульсивности и суицидальным проявлениям. У них ярче был выражен комплекс «неудачника» и характерная картина химической зависимости (2—4 шкалы). Однако они проявляли существенно большее миролюбие, способность изменить концепцию, гибкость поведения.

Для определения индивидуальных особенностей испытуемых (характера, эмоциональной сферы, особенностей межличностного поведения) был использован **тест восьми влечений Сонди**. В основе теста – принцип связи выбора портретов и индивидуальных характеристик испытуемых. Назначение методики – выявление направленности испытуемого, возможность проанализировать глубинный характер влечений человека.

Согласно теории влечения Сонди, факторы влечений – это ведущие жизненные радикалы. Каждый из восьми факторов влечений обусловил определенный набор характеристических черт, позволяющий понять типологическую принадлежность испытуемого:

h – сексуальная недифференцированность;
s – садизм;
e – эпилептоидные тенденции;
hy – истерические проявления;
k – кататонные проявления;
p – паранойяльные тенденции;
d – депрессивно-меланхолические черты;
m – маниакальные проявления.

В результате качественного и количественного анализа было выявлено, что 21% испытуемых контрольной группы и 21,4% больных наркоманией проявили тенденции к самопожертвованию, персональной любви, подверженность внешнему влиянию, желанию нравиться (h+). Относительный спад деструктивных тенденций, контроль над агрессивными тенденциями был обнаружен у испытуемых контрольной группы (11,4%). Сочетание h+S0 составляющих вектор социальных влечений, указало на выраженную потребность в глубокой привязанности. Спад агрессивных тенденций, вплоть до полной пассивности, наблюдался у некоторых больных наркоманией (7,1%). Эти испытуемые характерологически отличались сентиментальностью, высокой чувствительностью к средовым воздействиям, нерешительностью. Ведущим мотивом было избегание неуспеха, стремление найти нишу и защиту в виде более сильной доброжелательной личности. Оказалось, что стиль общения, характеризовался в испытуемых этих групп кажущейся конформностью и зависимостью при бесконфликтной тяге к независимости, стремлении уйти в мир идеальных отношений.

По фактору S (сущность этого фактора состояла в потребности к разрушению и саморазрушению, в садизме-мазохизме): 3,5% здоровых лиц и 10% больных наркоманией продемонстрировали пассивно-мазохистические тенденции (S-), моральный мазохизм, проявлявшийся в самоуничижении и самоотвержении. Реакцию (S-!; S) суицидальных тенденций показали 7% испытуемых больных наркоманией.

Эмоциональную экзальтированность, желание демонстрировать свою совестливость, порядочность, добродушие обнаружила значительная часть испытуемых (e+hy-).

По моральному фактору (hy) часть группы больных наркоманией обнаружила повышенную тревожность (e-hy-), другая – продемон-

стрировала прилив аффектов. 7% наркозависимых и 9% здоровых лиц показали среднюю позитивную реакцию (hy+), свидетельствующую о склонности выставлять себя напоказ, о демонстративности, истерии, «мании величия», эксгибиционизме.

Сочетание факторов (k-p+) (наблюдалось у больных наркоманией (10%) и здоровых лиц) – составило портрет социально адаптированной личности с развитым самоконтролем. Болезненная деформация влечений наблюдалась по вектору Sch у наркозависимых (10%), что отражалось в выраженной деструкции, утрате доверия к близким людям, негативизме, вытеснении из сознания истинных влечений и параметре «склонности к алкоголизму и наркомании».

К классу «латентных параноиков» (p-) были отнесены 7% здоровых лиц и 15% больных наркоманией, стремящихся вырваться из «параноидного вихря» (по Сонди) с помощью защитных механизмов по типу истерических проявлений. К классу «грезящих наяву» с отчуждением собственного «Я» были отнесены 10% больных наркоманией, собственные действия которых временами могли казаться им чужими.

Отмечались ипохондрия, депрессивные переживания, фобические и навязчивые явления, демонстративные суицидальные попытки – характерные особенности испытуемых, продемонстрировавших данную реакцию (k-!).

У 21,4% испытуемых больных наркоманией в амбиэквальных и разряженных реакциях по фактору k преобладала положительная реакция при p-, выявляющая аутистически импульсивное детски незрелое «Я» с эгоистическими, эгоцентрическими, нарциссическими склонностями. Инерция и перемены, прилипание и поиск, алчность и расточительство, консерватизм и свободомыслие, страсть к собирательству и щедрость – все эти антезы, по мнению Сонди, отражены в факторе d. «Этот фактор, то делает человека счастливым, то влекомым к смерти» (Сонди, 1993).

По фактору d= (именно этот фактор был выбран 9% больных наркоманией), обследованные характеризовались стремлением держаться за старое и былое, застреванием в бесцельном консерватизме. Реакция d– отразила личностную особенность: 1) инфантилизм в сфере межличностных контактов; 2) неспособность перестроиться на другой тип деятельности.

К классу «вечно покинутых» (m-) были отнесены 10,7% обследованных. По фактору m эти респонденты проявили признак несчастливой связи, несущей характер навязчивости, неустойчивости в поисках прочного контакта отсутствия доверия. 25,7% наркозависимых и 15% контрольной группы показали реакцию m+!, что позволило их отнести к классу «судорожно-привязывающихся». «Для всех представителей этого класса характерно стремление к чему-либо привязаться. Сознание утраченного идеала делает их неспособными к обретению своего объекта, нет чувства меры в их гедонических увлечениях, но при внешней яркости их жизни, внутренне они опустошены».

Представителями класса «непризнанных гениев» (р+) стали 8% больных наркоманией и 5% здоровых лиц, для которых характерным было ощущение своей гениальности, жажда власти.

По вектору С значительная часть здоровых лиц (28%) и 15% больных наркоманией проявили себя как открытые, коммуникабельные люди, с удовольствием идущие на контакт. Характерными оказались: тенденция к сотрудничеству, стремление к сопричастности к групповым интересам, потребность в самореализации, в выражении индивидуальности, что определяло самостоятельность, независимость. Настойчивость в достижении цели и в тоже время стремление потакать своим слабостям. Поверхностность в контактах с окружающими. Личностная структура: неустойчивая мотивация, эмоциональная мобильность, экстравертированность, гибкость и общительность в контактах с окружающими; художественное наглядно – образное восприятие, реакция на стресс эмоционально-яркая со склонностью к страхам; механизм защиты психосоматический или по типу вытеснения.

На основе приведенного выше анализа был определен профиль склонностей, отражающий личностные особенности и болезненные симптомы при деформации влечений. У испытуемых контрольной группы были выделены преобладающие тенденции: активность, предприимчивость (s+), склонность к самопожертвованию (h-s-), оптимистичность (d+), демонстративность и тщеславие (hy+), развитый самоконтроль, социальная адаптированность, общительность, этическая проблема борьбы между добром и злом как базисная наклонность.

Больные наркоманией выявили следующие тенденции: *обращенность в мир внутренних переживаний, отсутствие тенденции к установлению прочных контактов (d+m0), потребность в глубокой привязанности (инфантилизм в межличностной сфере), аффективные колебания, неадекватна самооценка, «каиновы» тенденции (гнев, ярость, неприязнь, сочетающиеся с демонстративностью).*

Характерной особенностью испытуемых генеральной выборки стали трудности в сфере межличностных отношений, большинство испытуемых и лишь 10% респондентов контрольной группы показали такую особенность поведения, как отчуждение, уединение, избегание реальности, значительную неприступность, желание отойти от конвенционального общества, тенденции отграничиться от окружения. Большая часть опрошенных продемонстрировала нежелание впускать окружающих внутрь своего «Я», чувство несоответствия, неадекватности и нерешительности в социальных ситуациях. У наркозависимых было выражено стремление уйти в мир идеальных отношений, в мир фантазий. Большинству испытуемых была свойственна попытка замаскировать желание быть одиноким, сочетавшаяся с поверхностным дружелюбием. Все испытуемые показали повышенную озабоченность вопросами самоуважения и преувеличения собственной значимости.

Другой признак, выделенный нами по результатам теста Сонди и объединивший испытуемых, – это ярко выраженные защитные тен-

денции, охрана внутреннего мира, осторожность, мнительность, скрытность поведения (в некоторых отдельных случаях наблюдалась болезненная деформация влечений – чувство деперсонализации, агрессивность, высвобождаясь из-под контроля сознания, проявляющаяся вспышками разрушительной враждебности, интроверсия, трансформирующаяся в аутичность, пассивность в мазохизм, пессимистичность преобразующаяся в депрессию, сензитивность – в ипохондричность).

Тесно связанной с выявленными защитными тенденциями поведения испытуемых оказалась такая характеристика, как тревога. Она была связана прежде всего со сферой межличностных отношений. Обращал на себя внимание факт присущей многим испытуемым тревоги, связанной с контролем за своими эмоциями, поведением. Мы предположили, что она была связана (по данным теста) как с потребностью большего контроля, так и с ощущением чрезмерной импульсивности своих поступков.

Следует отметить как характерные для испытуемых такие качества, как отсутствие уверенности в себе, в своих действиях или убеждениях, робость, чувство малоценности. Экспериментально была доказана типичность акцентации психопатологических черт, трудности в социальной адаптации, тревожность, мнительность, склонность к преувеличению опасностей и неприятностей, депрессивные переживания, враждебно-агрессивные тенденции, компульсивность.

В соответствии с поставленными задачами изучения *связи понимания и толкования эмоционально значимых качеств личности с индивидуально-психологическими характеристиками* необходимо было сопоставить индивидуальные дефиниции качеств со шкальными оценками понятий. В ходе соотнесения было обнаружено, что существует связь между шкальным оцениванием испытуемыми качеств и эмоциональными характеристиками лексических компонентов значений, признаков, выделенных в толкованиях. Анализ выраженности смысловых категорий показал, что наиболее общим для всех проанализированных высказываний явилась категория состояния (выделенные семантические компоненты были связаны с описанием собственных эмоциональных состояний), что позволило обнаружить «основной» ряд переживаний «подозрительности», «зависти», «ревности», «агрессивности», «любви». Сравнение проводилось по каждому качеству. Все результаты были разбиты на три группы: «выраженные высокие значения», «выраженные низкие значения», «средние» высокие и низкие значения. Сопоставительный анализ осуществлялся с «крайне высокими» значениями, с «крайне низкими» и «средними» значениями.

**«Подозрительность»**

Группа испытуемых больных наркоманией объединилась по сходству признаков качества и оценками понятия, «выраженную низкую» (-2,02) реакцию испытуемые показали по шкалам «замк-

нутость – осторожность». Осторожность, опасность, настороженность, недоверчивость – ряд эмоций с оттенком тревожности, беспокойства, переживаемых больными наркоманией при подозрительности. Испытуемые подчеркнули в определениях отсутствие связи качества с ситуацией его проявления – «абсолютность» сокрытия информации («не доверять никому», «в целях безопасности просчитывать людей, держать все в себе», «не демонстрировать своих истинных чувств, не раскрываться»). Кроме того, этих же испытуемых объединило указание на функцию «подозрительности» как способа защиты личности от экспансии окружающих. Например, «это качество, в какой-то мере как защита, не позволяет человеку навредить мне». У другой части испытуемых с «выраженными низкими» оценками по вербальным шкалам в структуре толкования качества ключевой семантический компонент подозрительности: средство и способ контроля за окружающим миром. Например, «...чувствуешь, подозреваешь, что лжет, начинаешь внимательно наблюдать за ним». Испытуемые больные наркоманией со средними «низкими» (-1,48) значениями указали на временную характеристику качества, отраженную в союзе «когда» и «если» («когда веришь, что человек плохой, а доказательств нет», «если возникло недоверие, то сразу же становишься подозрительным», «когда видишь ловушку, то не за что зацепиться». Некоторые испытуемые указали на другую часть импликационала, на очень важное для данного типа дефиниций свойство подозрительности: наличие излишней практичности, требовательности к людям. Например, «излишняя критичность», «чрезмерно предъявляемые требования».

Испытуемые контрольной группы характеризовались средними «высокими» (1,32) и «низкими» значениями (-1,20) по вербальным шкалам. В определениях испытуемых со средними «высокими» оценками (шкалы «боязнь, опасение – безопасность», «паника – спокойствие») преобладала такая оценочная характеристика как «излишняя», «ненужная», например, «излишняя мнительность», «ненужное внимание к окружающим». У здоровых лиц со средними «низкими» баллами был выделен такой признак подозрительности как помеха, барьер в коммуникации: «мешает свободно общаться», «...не позволяет доверять людям. Отсюда трудности в общении». В свойствах подозрительности, переживаемых остро и долго, испытуемые контрольной группы отметили разочарование, недоверие, осторожность.

### «Зависть»

У наркозависимых отмечалась выраженная реакция в оценивании зависти (-2,12). Актуальными были шкалы «обидчивость – терпимость», «тревожность – спокойствие», «зависимость – независимость» (изменения в сторону отрицательного полюса). Больные наркоманией дали определение «зависти» через описания эмоционального состояния «злобы», «раздраженности» («... это комок чувств,

состоящий из сожаления, злости, досады, что у кого-то лучше...»). Наркозависимые при зависти остро и долго переживали досаду, раздражение, злость, обиду, ненависть (переживания с оттенком гневливости).

Контрольная группа (0,08) объединились по схожести шкальных оценок в сторону положительного полюса (по шкалам «оптимизм – пессимизм», «зависимость – независимость», «опасность – безопасность» — у здоровых лиц).

Однако оказалось, что эта закономерность имела место далеко не для всех стимулов, а только для тех, которые обладали некоторым общим свойством, отдаляющих их от других объектов. Они были неопределенными, неоднозначными, не имели закрепленного значения. У здоровых лиц со средними «положительными» (1,10) значениями слово «зависть» имело скрытую силу положительной оценки, например, «чужие успехи толкают вперед», «...посмотришь на других, позавидуешь и тоже стараешься добиться много», «зависть как трамплин». Контрольная группа со средними (-1,60) «отрицательными» оценками выделила такой признак зависти, как «желание». Группа разделилась по пониманию «зависти», с одной стороны, «зависть» – это «желание иметь то, что есть у других и нет у меня», с другой – «желание быть всегда лучше всех», соперничество со всеми подряд». Среди свойств зависти, переживаемых долго и остро, были названы: обида, раздражение, злость.

**«Ревность»**

У наркозависимых отмечалась выраженная «отрицательная» реакция (-2,12). Дефиниции испытуемых контрольной группы со средними «низкими» значениями такая сема, как «страх быть отвергнутым», например, «страшно быть отвергнутым симпатичным или нужным человеком». В данной группе были отмечены следующие чувства, переживаемые долго и остро: мучение, страдание, страх, гнев, подозрительность. У здоровых лиц с «низкими» значениями, близкими к нейтральной позиции, важным признаком «зависти» явилось наличие семы – «страсть», который можно было отнести к ярко выраженным эмоциональным состояниям.

**«Агрессивность»**

Больных наркоманией отличало толкование «агрессивности» через определение функции агрессивности, его необходимости и целесообразности (например, «... это умение дать сдачи, постоять за себя», «без него пропадешь, обидят, затопчут»). Определения подобного рода встречались у испытуемых с выраженными «низкими» значениями по калам: «обидчивость – терпимость», «боязнь, опасение – безопасность», «тревожность – спокойствие». В признаках «агрессивности» у больных наркоманией со «средними низкими» (-1,88) оценками – «способность совершить поступок» («способность высказать все, поконфликтовать, оскорбить, убить».

**«Любовь»**

В определениях испытуемых контрольной группы (со средними (1,64) «высокими» значениями по шкалам «разочарованность – надежда», «тревожность – спокойствие») были выделены следующие лексико-семантические варианты: счастье, восторг, радость. Толкования здоровых лиц, где актуальными шкалами были «боль, страдание – радость, наслаждение», «непонимание – взаимопонимание», характеризовались такими признаками как боязнь, ревность, страдание, муки («любовь – сладостные муки, ревность, боязнь потерять близкого человека»).

У больных наркоманией число выборов полюсов шкал оказалось сдвинуто в негативную сторону («зависимость – независимость», «иллюзия – реальность», «боль, страдание – радость, наслаждение»). В толковании «любви» самое частое из использованных описаний – это «невозможность жить без любимой».

Увеличение числа высказываний о стыде, насмешках, осуждении, вошедших в состав шкалы тревоги социального неодобрения, было связано с повышением уровня I и III шкал СМОЛ, обе шкалы относились к так называемой «невротической триаде». Даже незначительное повышение (в группе больных с невротическими расстройствами, пик не достиг 70Т), отражал реализацию во вне жесткого стиля поведения, высоконравственный образ жизни, одиночество как дань повышенной требовательности к окружающим, подавление спонтанности, догматический склад мышления: «если однажды так, то и всегда так», убежденность в том, что мир стабилен и однозначен – эти личностные особенности и привели, по всей видимости, к высокой степени актуализации тревоги по поводу социального неодобрения, тревоги разобщения (этот пункт шкалы включал в себя утверждения об утрате поддержки, любви, заброшенности). Больные наркоманией, при показателях I шкалы, превалирующих над III, выявили пассивное отношение к конфликту, уход от решения проблем, эгоцентричность, маскируемая декларацией гиперсоциальных установок, с механизмом защиты от проблем, «бегство в болезнь», наличие такого механизма – свидетельство об эмоциональной незрелости, выраженной эмоциональной напряженности. Эти тенденции личности группы наркозависимых нашли свое отражение в определениях, где испытуемые проявляли тревогу по поводу смерти и физического неблагополучия, (высказывались о смерти, об угрозе заболевания).

Больные наркоманией характеризовались профилями с ведущими VIII и VII шкалами. В этих случаях «даже незначительные фрустрации ведут к возникновению стойких и длительных отрицательных эмоций, а компенсация достигается путем дистанцирования» (Собчик Л.Н., 1997), т.е. отмечалась тенденция к соблюдению психической дистанции между собой и окружающим миром и уход из окружающей среды во внутренний мир. Для этих лиц была характерна ориентировка главным образом на внутренние критерии, утрата

способности к интуитивному пониманию окружающих, и в связи с этим нарушение адекватного эмоционального реагирования. Затрудненность повседневных контактов приводила к еще большему увеличению изоляции, поскольку ситуации, требующие таких контактов, порождали или усиливали ощущение внутренней напряженности. Дистанцированность, отчужденность – эти характеристики личности привели к тому, что лица с высоким уровнем профиля по 8-й шкале испытывали затруднения в реальной оценке ситуации общей картины мира.

Нарушение включенности в социальную среду, «заблуждения в межчеловеческом ориентировании», являющееся скорее проекцией, чем реальной действительностью» (Риман Ф., 1998) привели к высокой степени актуализации скрытой и открытой форм агрессии в речевых проявлениях больных наркоманией. Они использовали резкую, открытую форму выражения агрессии (в определениях наркозависимых чаще других встречалась критика, брань, ненависть по отношению к другим людям).

У здоровых лиц с низкими показателями по шкалам СМОЛ наблюдалось отсутствие в речи показателей шкалы тревоги по поводу смерти и физического неблагополучия, тревоги разобщения, депрессии. Характеристиками контрольной группы стали: хорошая социальная адаптация, стремление к межличностным контактам (низкие показатели по VIII шкале), проявление критичности, эгоцентризм, грубоватая и жесткая манера поведения (IV шкала) – все эти характерологические особенности способствовали появлению показателей отрицательных эмоций по отношению к другим людям в индивидуальных определениях (шкала скрытой и открытой агрессии).

Таким образом, увеличение в определениях высказываний по шкалам тревоги, депрессии отразили не столько снижение активности, потерю интереса к жизни сколько ту сторону переживаний, которая касалась неудовлетворенности собой и сложившимися отношениями с окружающим миром, понижении самооценки, с одной стороны, и напряженные отношения с окружающими людьми, с другой стороны, что явилось нарушением социальной адаптации, плохой включенности в социальную среду. Причиной этого могут быть рассмотренные выше личностные особенности больных и наличие неблагоприятной жизненной ситуации.

Сопоставление результатов методик «Цветовой тест Люшера», портретный тест Сонди и индивидуальных толкований качеств личности показали следующее. Наркозависимые продемонстрировали высокий уровень тревоги (по Люшеру). Робость, чувство малоценности, отсутствие уверенности в себе, в своих действиях или убеждениях – эти признаки, наряду с другими, однотипными, выделялись буквально в каждом индивидуальном определении («зависть – чувствую, что меня обошли, несправедливо обидели», «ревность – тебя предпочли другому», «подозрительность – подвох со стороны окружающих» и т.д.). Скрытая повышенная страсть к самопрезентации, бегство в мир фантазий, склонность к идеализации объекта привя-

занности, обращенность в мир внутренних переживаний, превалирующих над реальными впечатлениями от окружающего мира — подобные тенденции нашли выражение в определениях «любви». Испытуемые описали понятие через контекстные синонимы: романтизм, одухотворенность, мечтательность, идеализация, привязанность, зависимость.

Испытуемые акцентировали свое внимание на «любви как глубокой привязанности», что вполне понятно, ведь зависимость — привычный паттерн поведения больных наркоманией.

Больные наркоманией с выраженным стремлением производить впечатление, с желанием самоутвердиться, описывали свои концепции понимания качеств через внешние поведенческие формы проявления: «любовь — исполнение моих желаний, хочешь от человека ласки, нежности», «когда человек смотрит на меня с восхищением, принимает меня полностью...», «...никогда внешне не показываю, что люблю». Нереалистическое чувство своей «особенности», «лучшести» (по результатам теста Сонди) присутствовало в признаках определений агрессивности. Очевидно, проявление Грандиозного Я (по Сонди) выразилось в толковании «любви», где отразилась склонность испытуемых к выбору объекта (через идентификацию), с которым увеличивалось ощущение самоценности («...абсолютное принятие тебя со всеми твоими недостатками, убеждениями», «твой партнер сливается с тобой...»).

Анализ определения личностных качеств показал различия в понимании и толковании личностных качеств. В силу того, что исходная ситуация у каждого испытуемого своя (разный опыт, разный словарный запас, разные формы рассуждения), то мы получили набор индивидуальных способов описания качеств личности.

*Пример*. Пациент О Героиновая наркомания.

Тенденции к персональной нежности, любви (теплота эмоций к конкретной адресованности, эмоциональной привязанности). Тенденции к садизму, агрессивности, активности Настроение зависит от отношения окружающих. «Ищущий признания». Склонность к фантазированию. Сентиментальность. Ранимый, впечатлительный, эстетически ориентирован. Избыточная мнительность затрудняет отношения (может маскироваться наносной грубоватостью). Стремление приспособиться к коллективу, тенденции к отречению и деструкции своего «Я». Тенденции к партиципации, т.е. к единству и тождеству с другими, склонность к проекции (приписыванию другим своих суждений и представлений).

Тенденции к самоотверженности, преданности, верности. Склонность прилипания к объекту привязанности.

Тяга к неизменности. «Цепляние» за привычное, гедонизм (тяга к наслаждениям). Глубокая привязанность к объекту любви, в любви преобладает духовный компонент. Избыточное напряжение разрушительных тенденций.

Сензитивный страх отношений, сомнения совести приводят к разрядке грубых аффектов. Упрямство, агрессивность. Аффективная насыщенность переживаний. Ревнив. Чувство к соперничеству. Максимализм в

эмоциональных отношениях. Мания величия. Ведущая потребность – стремление к всемогуществу. Стиль общения – авторитарный. Эгоизм. Амбициозность. Болезненная сосредоточенность на сексуальной сфере. Ипохондричность. Склонность к вегетативной неустойчивости, мигреням. Защитный механизм – вытеснение из сознания негативной информации. Тревога, депрессия.

Испытуемый определял любовь как «...хождение по мукам, вечный поиск, стремление к гармонии сексуальных отношений».

Выделим в содержательной части два признака:

1) любовь – хождение по мукам,

2) поиск и стремление к гармонии сексуальных отношений.

В функциональной части указывалось на проблему: вечный поиск и стремление к гармонии сексуальных отношений. По толковому словарю: «вечный» – 1) не перестающий существовать, 2) не имеющий ни начала, ни конца. «Гармония – стройное сочетание, взаимное соответствие (предметов, явлений, частей)».

Испытуемый подбирал следующие синонимы к слову «любовь»: «самопожертвование», «всепрощение», «обожание», «привязанность».

Значение этих слов по словарю следующее:

«Самопожертвование – жертвование собой, своими личными интересами для блага других», «Всепрощение – полное прощение всего и всех», «Обожание – питать к кому-либо чувство сильной, доходящей до прсклонения, любви». «Привязанность – чувство близости к кому-либо, основанное на глубокой симпатии, преданности».

По личностным методикам испытуемому свойственно цепляние за объект привязанности, склонность к неизменности. Несчастливость в личных контактах. Именно на неблагополучные, несчастливые взаимоотношения указывает испытуемый: «вечный поиск..., т.е. не имеющий ни начала, ни конца». С одной стороны, «любовь» – это привязанность, обожание, с другой – «хождение по мукам», «вечный поиск гармонии» (фатальность).

«Зависимость (зависимый прил.) – находящийся в чьей-либо власти, в чьем-либо подчинении, связанный в своих действиях, мыслях».

Личностный тест восьми влечений Сонди позволил предположить, что у испытуемого ведущая потребность – стремление к всемогуществу. «Мания величия». Настроение зависит от отношения окружающих.

В данном случае, видимо, «зависимость» – стиль межличностного общения, «норма жизни», привычный паттерн поведения. Проявляет тенденции к садизму, ревнив, развито чувство соперничества. Отсюда выбор «ревности», мучительных сомнений и подозрительности.

Описание больным наркоманией межличностных отношений, его концепция понимания «любви» очень похожа на пристрастие к наркотикам, где возлюбленный – объект зависимости – в своем роде, «межличностный героин». В этих отношениях малейший недостаток внимания одного партнера может стать причиной тревоги,

боли или ревности другого. У этих партнеров потребность быть любимыми так сильна, что ее просто невозможно удовлетворить.

«Соперничество» и «ревность» – слова из одного семантического ряда, таким образом, испытуемый в определении любви опирался на реально существующие семантические отношения, а также использовал не только и не столько основные ведущие значения, но и периферические, опирался на второстепенные, используя многозначность слов, что позволяет ему объединить слова из, на первый взгляд, разных семантических рядов: самопожертвование – всепрощение – обожание – привязанность – ревность – зависимость.

«Любовь – хождение по мукам, вечный поиск, стремление к гармонии сексуальных отношений».

«Агрессивность – желание и готовность напасть, причинить зло».

«Ревность – соперничество. У меня появляется азарт, показываешь, что ты лучше. Когда ревнуешь, чувствуешь себя обделенным, обиженным. Начинаешь нервничать, злиться».

«Зависть – досада, неприязнь, раздражение к человеку, который оказался лучше».

«Подозрительность – осторожное, внимательное отношение к окружающим. Умение все просчитывать, предугадывать, наблюдать за действиями окружающих».

Испытуемый определил качество через синонимы «желание (по словарю «внутреннее стремление, влечение к осуществлению чего-либо») и готовность» (по словарю «согласие, желание сделать что-либо) напасть и причинить зло. В структуру «агрессивности» вошли такие лексико-семантические варианты: 1) враждебный, 2) наступательный. Лексический контекст показал, что в данном случае были употреблены оба варианта. По шкале агрессии у испытуемого наблюдалась открытая агрессия, имеющая резкую негативную форму выражения. Таким образом, вербальные агрессивные проявления испытуемого можно отнести к мотивационной агрессии, воспринимаемая как самоценность. Результаты личностных методик показали, что для испытуемого характерны агрессивные тенденции, избыточное напряжение разрушительных тенденций. Таким образом, толкование «агрессивности» стало проявлением присущих личности деструктивных тенденций. Чувство соперничества, максимализм в эмоциональных отношениях, стремление к всемогуществу – эти личностные особенности, вероятно, нашли отражение в актуализации тревоги разобщения в определении «ревности» («чувствуешь себя обделенным, обиженным»). Повышенная потребность во внимании со стороны окружающих, чувство своей избранности – эти тенденции отразились в смысловой конструкции «ревности» («у меня появляется азарт, показываешь, что ты лучше»). Обостренная чувствительность по отношению к потере этого внимания проявилась в речи в показателях открытой формы агрессии (чувствуя себя обделенным, обиженным «начинаешь нервничать, злиться»).

Толкование «зависти» было дано через описание эмоционального состояния (досада, неприязнь, раздражение), которые мы обозна-

чили как «переживания с оттенком понижения настроения, гневливостью» (по В.Д.Менделевичу, 2001).

В функции качества – уточнение, ситуация проявления качества: неприязнь, раздражение возникает к человеку, который оказался лучше. По шкале Готтшалка-Глейзера данное высказывание было отнесено к пункту шкалы открытой агрессии. Таким образом, зависть явилась своего рода манифестацией агрессии в области объектных отношений. Объяснение особенностей семантических конструкций было найдено в результатах личностных методик испытуемого. Потребность в чрезмерном восхищении, убежденность в собственной уникальности (как защитная психологическая реакция), черты зависимости (поскольку нуждается в одобрении и признании). И, вероятно, при прекращении внешнего обеспечения «подпитки самоуважения восхищением» возникающая угроза самоуважения вызывала беспокойство и раздражение (описываемое в толкованиях «ревности и зависти»). Поэтому «ревность» испытуемый понимал как «азарт» (по словарю: «возбуждение, вызванное горячей увлеченностью чем-либо») и «соперничество как желание показать, что ты лучше», а зависть сопровождалась у больного наркоманией неприязнью к «человеку, который оказался лучше».

Таким образом, испытуемый описал в определениях свой устойчивый, привычный паттерн поведения.

Доминирующей семой, объединяющей все смысловые конструкции качеств («ревность», «зависть», «подозрительность») стала такая сема как «проявление враждебности». Изучив результаты личностных методик, мы предположили, что агрессия переживалась испытуемым как освобождение от зависимости окружающей среды, напряжения, поскольку для испытуемого характерен авторитарный стиль общения, неспособность к эмпатии (по тесту СМОЛ), то агрессия рассматривалась им как форма реагирования, по мнению самого испытуемого «а до посторонних мне нет дела».

В импликационале «подозрительности» семы — 1) отношение к окружающим (и тут же уточняет «осторожное, внимательное») 2) умение наблюдать за окружающими.

По тесту Сонди мы предположили у испытуемого склонность к приписыванию окружающему миру собственных переживаний, мыслей, потребностей. Очевидно, что собственные отрицательные эмоции, агрессивные побуждения и душевная неудовлетворенность приводили к эмоциональному напряжению, дискомфорту и потребности в «осторожном, внимательном отношении к окружающим».

«Умение все просчитывать ... наблюдать», по-видимому, давали испытуемому ощущение безопасности мира, а, следовательно, внутреннее спокойствие и комфорт. Еще раз отметим важный вывод, который мы сделали при анализе индивидуальных дефиниций: испытуемые в толкованиях указывали на свои проблемы, связанные с данным качеством и тут же, на вербальном уровне, решали их.

# ГЛАВА 7. ПРОФИЛАКТИКА, КОРРЕКЦИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ НАРКОТИЧЕСКОЙ И ИНЫХ ФОРМ ЗАВИСИМОСТЕЙ

## *Общие принципы*

Знание психологических особенностей личностей, склонных к употреблению и злоупотреблению алкоголем, наркотиками и табаком, позволяет строить адекватные и эффективные мероприятия по профилактике, коррекции и психотерапии зависимостей. Три перечисленные составляющие по своим целям и функциям близки друг к другу, так как психотерапия и коррекция могут рассматриваться в качестве вторичной и третичной профилактики, а первичная профилактика как путь к искоренению алкогольной и наркотической зависимостей.

Профилактика, по рекомендации Всемирной Организации Здравоохранения, делится на первичную, вторичную и третичную. Под *первичной профилактикой* имеют ввиду работу с популяцией условно здоровых людей, в которой существует определенное количество лиц из групп риска. Эта работа включает в себя действия, направленные на формирование позитивных стрессоустойчивых форм поведения с одновременным изменением дезадаптивных, уже сформированных, нарушенных форм поведения. *Вторичная профилактика* направлена на популяцию людей, у которых поведение риска уже сформировано и включает в себя систему действий, направленную на изменение уже сложившихся дезадаптационных форм поведения и позитивное развитие личностных ресурсов и личностных стратегий. *Третичная профилактика* — это профилактика рецидивов, направленная на уменьшение риска возобновления употребления наркотиков или иных психоактивных веществ и на активизацию личностных ресурсов, способствующих адаптации к условиям среды и формированию социально-эффективных стратегий поведения (Н.А.Сирота, В.М.Ялтонский, И.И.Хажилина, Н.С.Видерман, М.Г.Цетлин, В.Е.Пелипас, Т.Н.Дудко, Ю.В.Валентик).

Научной основой оказания помощи зависимым от психоактивных веществ подросткам является концепция о зависимой личности. Таким образом, целью становится формирование личностных

качеств *независимости, зрелости, ответственности, автономности, прогностической компетентности*. Кроме того, любые мероприятия по профилактике, коррекции и психотерапии зависимостей должны следовать основополагающим принципам, к которым можно отнести принципы: *добровольности, осознанности, соответствия (адекватности), целесообразности, допустимости и гуманности*. Принцип добровольности подразумевает, что достижение реальной эффективности при коррекции отклоняющегося наркотического поведения или при проведении первичной и вторичной профилактики возможно и допустимо лишь в случае добровольного согласия девианта на их проведение, мотивирования его на такую деятельность. Он базируется на принципе осознанности, сутью которого является как осознание человеком своего поведения несоответствующим нормативному, так и стремление измениться. Принцип осознанности подразумевает не только осознание необходимости поведенческой коррекции, но истинное осознание целей изменения. Девиант должен представлять, какого именно поведенческого статуса он стремится достичь: к примеру, устойчивости и безразличия по отношению к наркотикам, избавления от наркотической зависимости, коррекции злоупотребления до степени умеренного употребления (урежение) наркотика или нормализации семейных отношений за счет изменения отношения родителей или супругов к его наркотическому поведению. Под принципом соответствия (адекватности) понимается выбор специалистом методик психотерапии или профилактики в соответствии с механизмами возникновения поведенческой девиации. В подборе методик можно руководствоваться известными типами девиантного поведения, которые отражают различные пути и механизмы формирования отклоняющегося поведения. Под делинквентным наркотическим поведением подразумевают, как правило, педагогическое и социальное коррекционное воздействие. Психопатологический тип девиантного наркотического поведения диктует необходимость использования медикаментозной терапии, а патохарактерологический — сочетания психофармакотерапии с психотерапией. Аддиктивный тип отклоняющегося наркотического поведения требует применения в основном методов психологического консультирования и психотерапии. Принцип целесообразности рассматривает необходимость и обоснованность исправления поведенческой девиации сквозь призму возможных более грубых изменений поведения после терапии и в связи с реальным вредом отклоняющегося поведения. Известно, что большинство клинических форм отклоняющегося поведения отражают структуру девиантной личности и купирование одной девиации часто не приводит к гармонизации личности. Вслед за исчезновением у индивида одной разновидности девиантного поведения происходит «заполнение пустоты» другой девиацией.

Принципы допустимости и гуманности базируются на представлении о необходимости применения в процессе коррекции девиантного поведения лишь тех методик, которые способствуют личност-

ному росту человека, этически и эстетически обоснованы и не могут вызвать психических расстройств. Недопустимым следует признать применение манипулятивных методик, которые используются без ведома девианта или без полного осознания им сути терапевтического процесса. Кроме того, недопустимым можно обозначить формирование в процессе терапии нового мифологического, ненаучного, иррационального и искажающего действительность мышления индивида (к таким методикам можно, к примеру, отнести различные виды «кодирования», базирующиеся на прямом или косвенном внушении клиенту-пациенту ложных умозаключений и убеждений). Принцип гуманности базируется на признании за человском (девиантом) права на свободу выбора, права на уважение. Этот принцип (в соответствии с роджеровским подходом) проявляется в принятии психологом девианта как ценной и уникальной личности, принятии его проблем, сопереживании, эмпатии, искренности и позитивном непредвзятом взгляде на клиента (пациента).

Роль и значение психофармакотерапии в лечении, вторичной и третичной профилактике и реабилитации наркозависимых остается существенной. Использование психотропных средств в комплексном лечении зависимого поведения обосновывается тем, что многими учеными патологическое влечение (к наркотику, алкоголю, табаку, сексуальному фетишу или игровой деятельности) рассматривается сквозь биологическую призму. Следовательно, применение нейролептиков, антидепрессантов или транквилизаторов обосновывается нейрохимической обусловленностью патологического влечения (Иванец Н.Н., 1998; Надеждин А.В., 2000; и др.)

## *Профилактика наркотической зависимости*

Эффективность лечения наркотической зависимости в настоящее время далека от желаемой. Многие специалисты убеждены, что сегодня стоит вкладывать средства не столько в лечение, сколько в профилактику наркоманий. Как указано выше, говорят о первичной профилактике – для тех, кто не употребляет наркотики; вторичной профилактике, рассчитанной на лиц, уже употребляющих наркотики; третичной профилактике – работе по предотвращению рецидивов у употребляющих наркотики.

Основные модели и стратегии в обучении и информировании относительно наркотиков представлены следующими моделями:

- Модель моральных принципов.
- Модель запугивания.
- Модель фактических знаний (когнитивная).
- Модель аффективного обучения.
- Модель улучшения здоровья.

Не вызывает сомнений тот факт, что эффективность профилактических программ зависит от учета возраста аудитории. Работая с

детьми, не достигшими 12–13 лет, можно делать акцент на страхе смерти. Подростки часто не очень высоко ценят свою жизнь, однако их страшит перспектива потерять здоровье, нищета. Молодежь 18–19 лет и старше может высоко оценивать возможную социальную несостоятельность, несоответствие положения в обществе возрасту.

**Зарубежный опыт первичной антинаркотической профилактики**

США. По мнению ведущего американского эксперта в области наркоманий директора Национального института наркомании А.Лешнера к наркотической зависимости склонны люди с нарушением дофаминной системы. Дофамин – это вещество, содержащееся в клетках головного мозга. Определенный уровень дофамина вырабатывается в нормальных условиях под воздействием вкусной пищи или занятиями любимыми видами деятельности и необходим для человеческой жизни. Дофамин нужен, к примеру, для поддержания моторной функции. Болезнь Паркинсона вызывается дефицитом дофамина. Шизофрения, депрессия отчасти вызываются недостатком дофамина. И действие антипсихотических наркотиков основано на повышении уровня дофамина. Содержание дофамина должно поддерживаться на определенном уровне, а не меняться стремительно и маятникообразно.

Все вещества, вызывающие наркотическую зависимость, изменяют содержание дофамина в клетках головного мозга. Вначале приема наркотиков выделение дофамина увеличивается, но с течением времени приводит к противоположному результату. То есть объем выделяемого дофамина сокращается. Ученые считают, что у большинства наркоманов есть трудности с получением удовольствия. Если уровень дофамина невысок, человек чувствует себя не очень хорошо. Наркотики принимаются для того, чтобы избежать подавленности и боли, то есть поднять уровень дофамина.

Наркомания – особое заболевание, имеющее как поведенческие, так и социальные аспекты. Поэтому лучшие методы лечения должны затрагивать и биологические, и поведенческие, и социальные аспекты. Коррекция поведения и лечение могут быть очень эффективны по отдельности, но объединение этих методов повышает их эффективность.

Американские ученые отмечают, что людям зачастую нравятся профилактические программы «моментального действия». «Сделай это – и проблема решена». Но подобные программы не оказываются эффективными на деле. Несомненно, что необходимо проводить поэтапные меры. В стране накоплен богатый и разнообразный опыт антинаркотической работы.

В университете Чикаго была разработана антинаркотическая профилактическая программа «Модель с использованием местного лидера». Основная работа в рамках этой программы ведется с неформальным лидером определенной группы. Американские исследователи Э.Эмоэтинг и С.Бар задались целью выяснить – по какой при-

чине часть подростков осуждает пристрастие к наркотикам. Оказалось, что мощнейшим противодействующим фактором выступает религиозность. Опыт российских наркологов тоже говорит об этом – многим из тех, кого удалось «снять с иглы» помогла религия.

По данным Национального управления США по борьбе с наркотиками профилактические антинаркотические программы оказались успешными. За последние 15 лет число людей, употребляющих наркотики, снизилось на 50%. В городах страны работают более 3,5 тысяч общественных организаций по борьбе с наркотиками. Статистические данные свидетельствуют – если молодого человека в возрасте от 10 до 21 года удержать от курения, спиртного или наркотиков, вероятность, что этот человек окажется среди наркоманов, почти что равна нулю.

В США активно действуют организации, распространяющие позитивный опыт в других странах мира. Одной из них является «Life Skills International» – благотворительная организация, учрежденная в 1991 году. Национальные программы на базе «LSI» проводятся в 27 странах мира, в том числе – в Австрии, Канаде, Китае, Германии, Франции, Италии и др.

Базовая программа LSI – **программа формирования жизненных навыков** (ФЖН). Цель программы – обучение подростков здоровому образу жизни и навыкам сопротивления потреблению психоактивных веществ.

Задачи программы:

1. Развитие социальной и личностной компетентности детей;
2. Выработка навыков самозащиты и предупреждения возникновения проблем. Решение каждой из этих задач предполагает формирование определенных социально-психологических навыков:

- обучение навыкам эффективного общения, критического мышления, принятия решений, выработки адекватной самооценки;
- обучение навыкам постоять за себя, избегать ситуаций неоправданного риска, делать рациональный, здоровый жизненный выбор;
- усвоение навыков регуляции эмоций, избегания стрессов, разрешения конфликтов.

Как показала практика, условия эффективности программ заключаются в следующем: а) профилактическая работа наиболее эффективна среди умственно здоровых и хорошо адаптированных к условиям школьного обучения детей. Менее способные и неблагополучные в поведении ученики относятся к группе большего риска; б) программы профилактического обучения должны уделять основное внимание детям этой группы. Они нуждаются в специальных методах обучения; в) наличие определенных знаний и даже изменение установок не может гарантировать желаемых изменений поведения. Поэтому программы должны сочетать разные обучающие стили, подходы и методики. Все учащиеся должны освоить необходимые знания, развить полезные социально-психологические навыки и отработать поведенческие модели и схемы; г) хорошо подготов-

ленные педагоги-наставники, пользующиеся доверием своих учеников, более эффективно проводят антинаркотические программы, чем приглашенные специалисты, родители или сверстники; д) сенсационность сообщений и тактика запугиваний обычно расходятся со взглядами обучающихся на окружающее и вызывают сомнение в достоверности источника информации; е) как и в традиционной риторике, предъявленные осторожно и честно сведения о разных сторонах, плюсах и минусах явления дают больший эффект, чем однобокая информация; ж) доказана эффективность активного участия детей в различных специально моделируемых ситуациях, когда они формулируют свои личностные позиции в отношении психоактивных веществ. Пассивное присутствие при сообщении информации неэффективно; з) эффективен тренинг социальной компетентности, особенно с подростками 11—14 лет.

Создатели и исследователи-эксперты программ ФЖН выделяют восемь лежащих в их основе ключевых принципов. Всякий раз, когда программы проваливались или оказывались недостаточно эффективными, выяснялось, что один или несколько принципов не были учтены.

***Принципы построения программ формирования жизненных навыков***

1. Всесторонность программ. Всесторонность означает в данном случае ориентацию на целостного человека на протяжении определенного времени. К основным аспектам всесторонности относятся:

- усвоение знаний;
- развитие навыков социальной компетентности (обучение навыкам эффективного общения, уверенности в себе, умению управлять своими чувствами, выбору друзей и построению позитивных отношений со сверстниками, укреплению связей с семьей и другими значимыми взрослыми, решению проблем, критическому мышлению, принятию решений, осознанию негативных влияний и давления со стороны сверстников и сопротивлению им, постановке целей, оказания помощи окружающим);
- непрерывность обучения (только непрерывные усилия на протяжении многих уроков и даже лет дают хорошие результаты);
- взаимоотношения со сверстниками (важная задача программ ФЖН — помощь в построении позитивных отношений со сверстниками, обучение умению выбирать друзей);
- участие в общественной жизни (считается, что ученики, отчуждаемые от просоциальных структур общества, более склонны к девиантному и антисоциальному поведению).

2. Участие родителей в работе по программе. Залогом успеха программ ФЖН является участие в них родителей. Широко распространены домашние задания, предоставление родителям специальной литературы, проведение семинаров для родителей.

3. Тренинг. Программы требуют гораздо большего, чем простого предоставления информации. Вся работа строится в условиях диалогического общения с учащимися.

4. Сотрудничество. Ни одно отдельно взятое ведомство не в состоянии обеспечить всестороннюю многолетнюю работу с учащимися. Для этого необходимо объединение усилий педагогов учебных заведений, специалистов в области профилактики, представителей органов внутренних дел и здравоохранения.

5. Культурная адекватность. Программы должны отражать культурные и языковые различия внутри общества. Учителя обязательно должны приспособить стиль обучения и конкретные методики к культурным особенностям своих учеников.

6. Оценка эффективности программ ФЖН. Программы, работа их исполнителей и эффективность обучения по программам должны постоянно подвергаться экспертизе. По результатам экспертизы в программы могут вноситься уточнения и дополнения.

7. Основа – ценности. Любая программа имеет определенную ценностную ориентацию. Работающие по программе учителя и ученики вправе представлять себе ценностную основу программы. Утверждаемые программами ФЖН ценности включают следующие виды просоциального позитивного поведения: самодисциплина, ответственность, честность, уважительное отношение к людям, выполнение обязанностей в семье, школе, обществе.

8. Связь программы с обществом. Дети неизбежно подвергаются влиянию общества. Это влияние не всегда позитивное. Программы ФЖН строятся с таким расчетом, чтобы объединить семью, школу и общество в целом единым стремлением передать детям навыки эффективной коммуникации.

**Англия**. В Англии антинаркотическая работа с детьми и подростками ведется в рамках дисциплины «Обучение здоровому образу жизни». В стране в разное время были опробованы несколько моделей профилактической работы.

Медицинская модель. Полностью построена на информировании школьников. Исходная предпосылка программы – если человек знает об опасности для здоровья определенного вида поведения, он будет воздерживаться от такого стиля поведения. Точно так же, если человеку известно, что нечто полезно для здоровья, то он будет осуществлять это «нечто» в своей жизни. Этот взгляд не подтверждается практикой. Информация о вреде наркотиков (алкоголя, табакокурения) не может предупредить употребление психоактивных веществ.

Образовательная модель. В соответствии с основным принципом этой программы, главное чему должны научиться дети и подростки – это уметь принимать решения. Школьников учат процессу принятия решения, который состоит из следующих стадий:

- оценка проблемы;
- взвешивание альтернатив;
- обдумывание решения;
- твердость в осуществлении принятого решения, несмотря на отрицательное мнение окружающих.

Модель самоусиления. Эта модель сочетает информирование школьников, обучение их навыкам принятия решений с психологической поддержкой. Многие дети не очень уверены в себе и нуждаются в развитии этого качества. Все зарубежные исследователи отмечают, что роль психологов в разработке и осуществлении антинаркотических программ жизненно важна.

**Германия**. По распространенной точке зрения потребление наркотиков есть результат процесса социального обучения. Знакомство с употреблением наркотиков обычно начинается в результате дружеских контактов с другими потребителями наркотиков. Первое употребление «мягких» наркотиков происходит в кругу знакомых. При этом ведущими мотивами являются любопытство и приспособление к своей возрастной группе. Употребление наркотиков продолжается, если не вызывает отрицательных эмоций либо дает такие положительные эффекты как признание приятелей, чувство принадлежности к группе и т.д. Вместе с тем некоторые дети не склонны употреблять наркотики, даже если их провоцируют на это окружающие. Согласно исследованиям, их удерживает следующий ряд защитных факторов:

- чувство юмора;
- внутренний самоконтроль и целеустремленность;
- важность взаимоотношений по крайней мере с одним взрослым человеком помимо родителей;
- привязанность к законам и нормам общества, школы, общины, семейным стандартам, исключающим употребление наркотиков.

**Польша**. В Польше действует молодежное движение по борьбе с наркоманией «Монар» со штаб-квартирой в Варшаве. Основной принцип программы – «Отдай себя другим». «Монар» проводит огромную работу против наркомании, алкоголизма, СПИДа. Активисты движения – школьники, студенты, работающая молодежь. Их работа финансируется министерствами здравоохранения и социального обеспечения. В польских школах в течение многих лет проводятся занятия по игровой программе «Спасибо, нет!» Ее цель – помочь подросткам безболезненно отказаться от искушений, сформировать у них стойкость к предложениям попробовать наркотики. В ходе участия в программах у детей вырабатываются независимость и ответственность. Программы, направленные на устрашение школьников пагубными последствиями употребления наркотиков не дали эффекта.

**Австралия**. В Австралии широко распространены программы позитивной профилактики (ППП), построенные на концептуальной основе модели ФЖН. Принципы проведения ППП.

1. Обучение начинается в дошкольном или младшем школьном возрасте – до того, как будут усвоены общепринятые традиции употребления табака и алкоголя;

2. Обучение не может быть основано на информировании детей об опасностях, связанных с употреблением психоактивных веществ;

3. Обучение должно соответствовать психологическим особенностям возраста обучаемых детей;

4. Обучение базируется на определенных жизненных ценностях, которые обязательно доводятся до сведения учеников и их родителей — самодисциплина, ответственность, честность, уважение к людям;

5. Методология обучения «жизненным навыкам» предполагает центрированный на ученике подход и включение в учебный процесс в качестве партнеров родителей.

Задачи ППП:

1) способствовать осознанию и усвоению детьми основных человеческих ценностей; 2) обучить детей методам решения жизненных проблем, преодоления стресса и снятия напряжения без применения психоактивных веществ; 3) информировать детей о психоэмоциональных, физиологических, соматических и социальных последствиях потребления психоактивных веществ; 4) формировать у детей психосоциальные и психогигиенические навыки принятия решений, эффективного общения, критического мышления, сопротивления негативному влиянию, управления эмоциями, в том числе — в состояниях стресса; 5) довести до сознания детей преимущества отказа от употребления психоактивных веществ; 6) сформировать установку на «ведение здорового образа жизни»; 7) повысить самооценку детей.

Краткое описание тем ППП:

Тема 1. Понятие о здоровом образе жизни.

Тема 2. Причины употребления табака и наркотиков.

Тема 3. Альтернативы употреблению психоактивных веществ.

Тема 4. Давление рекламы алкоголя и табака.

Тема 5. Групповое давление.

Тема 6. Анализ поведения, связанного с употреблением психоактивных веществ.

### Основные тенденции проведения и подготовки профилактических антинаркотических программ

Наиболее оправданным считается не предотвращение нежелательного поведения, а овладение способами адекватного решения проблем. Ведь наркотическая (как и всякая другая) зависимость всегда является средством решения тех или иных проблем. Директор программы по наркомании Всемирной Организации здравоохранения Г.Ембланд сказал об этом так: «Наркоманию часто изображали так, будто ее можно ликвидировать путем объявления ей тотальной войны. Однако сейчас акцент смещается — война с наркотиками не актуальна. Главный лозунг сегодня — «здоровье для всех». Психологическое благополучие, умение справляться с трудностями современной жизни — вот главная цель, на которую работают сегодня лучшие программы первичной профилактики наркомании».

Предпосылки формирования программ позитивной профилактики наркомании возникли около 30 лет назад, в США, когда антинаркотичекское информирование детей было объявлено одним из национальных приоритетов. Однако уже в 1973 году на программы антинаркотического информирования был наложен запрет – этот подход оказался совершенно неэффективным. Предостерегающие лекции специалистов зачастую только провоцировали интерес детей к наркотикам.

Программы формирования жизненных навыков (ФЖН) распространены сегодня более чем в 30 странах мира. Сначала, в середине 80-х годов они были распространены в англоязычных странах – Англии, Австралии, Канаде, США. Затем, в течение нескольких лет, варианты этих программ были адаптированы к условиям самых разных стран. Три главных фактора способствовали быстрому распространению программ ФЖН: 1) Эпидемиологическая ситуация. Злоупотребление психоактивными веществами стало угрожать здоровью населения ряда стран мира; 2) Новая методология обучения. Методологический подход в рамках программ ФЖН выгодно отличается от устаревшего процесса обучения детей. Учитель, работающий по хорошей программе ФЖН превращается в гида, тренера, активного участника процесса взаимодействия, способствующего обучению; 3) Обучение не эквивалентно передаче информации. Того или иного обьема усвоенной информации недостаточно для того, чтобы влиять на поведение человека. Программы ФЖН нацелены на выработку определенной жизненной философии и формироьанию конкретных навыков и умений конструктивного взаимодействия.

К сожалению, зачастую антинаркотические программы только «упакованы» в обертку программ ФЖН, а на самом деле являются традиционными информационными программами. Первым необходимым элементом современной профилактической работы является групповая работа с учащимися. Каждый человек, берущийся осуществлять программы позитивной профилактики, должен владеть методами групповой работы с детьми и подростками. Вторым важнейшим элементом профилактической работы является работа учащихся в малых группах по 2–6 человек. Третий момент, на который нельзя не обратить внимание, это владение умением проводить упражнения-энергизаторы. Любая группа людей в условиях совместной деятельности переживает периоды спада работоспособности. Это особенно характерно для детей и подростков. Поэтому ведущему занятия ПП необходимо уметь восстанавливать работоспособность группы. Последним методологическим элементом проведения программ является установление положительной эмоциональной атмосферы в классе при проведении занятий. Ученики должны иметь возможность прямо высказывать свое мнение, при этом голос каждого должен быть услышан. Эмоциональная чуткость, прямота и честность тренера являются принципиально необходимыми для программ ПП.

Наиболее распространены следующие методы первичной профилактики:

- мозговой штурм;
- анализ конкретных историй жизни (случаев);
- классная дискуссия;
- драматические представления;
- индивидуальные и групповые исследования;
- просмотр видеоматериалов;
- лекции учителя;
- ролевое моделирование.

### Эффективная профилактика СПИДа у активных наркоманов: модель снижения ущерба

Модель снижения ущерба была выработана в середине 80-х годов в США в ответ на распространение ВИЧ-инфекции среди наркоманов. Было признано, что распространение СПИДа представляет большую опасность для общества, чем наркомания. Традиционное отношение к лицам, употребляющим наркотики, стало более терпимым. Модель снижения ущерба предлагает новую философию отношения к наркотикам и наркоманам. Суть нового подхода заключается в следующем:

1. Немедицинское использование психоактивных веществ неизбежно в любом обществе, где такие препараты доступны. Политика в области наркомании не может базироваться на утопической вере, что немедицинское использование таких препаратов можно искоренить.

2. Немедицинское использование лекарств неизбежно вызывает существенный ущерб для общества и для личности. Политика в области наркоманий не может базироваться на утопической вере в то, что пользователи этих препаратов всегда будут пользоваться ими без ущерба для себя.

3. Наркотики сами по себе не плохи и не хороши. Проблемы и опасности могут быть связаны с употреблением наркотиков (точно так же у части людей есть проблемы с употреблением пищи или с вождением автомобиля. Никто при этом не отважится заявить, что пища или автомобили плохи сами по себе). Наиболее разрушительные последствия незаконного употребления наркотиков являются не результатом действия наркотиков, а результатом политики в отношении наркотиков).

4. Употребление наркотиков может иметь положительные стороны. Очень часто они являются механизмом адаптации, хотя и не самым лучшим. Кто знает, сколько представителей социальных низов покончили бы жизнь самоубийством или принялись бы убивать других, если бы не наркотики? Употребление наркотиков может играть роль защитного механизма. Работающим с наркоманами следует помнить, что употребление психоактивных веществ — только одна из многочисленных проблем.

5. Отлучение от наркотиков не должно быть приоритетом служб, работающих с наркоманами. Очень многие употребляющие нарко-

тики люди решительно настроены именно на такой образ жизни. Они не обязательно должны оставаться бездомными, голодными и больными, они не обязательно должны заражаться ВИЧ.

6. Наркоманы являются частью общества в целом. Охрана здоровья общества требует охраны здоровья наркоманов, а следовательно, интеграции их в общество, а не изоляции от него.

7. Самый эффективный способ сведения к минимуму вредных последствий употребления наркотиков – это дружественно настроенное отношение к наркоманам. Оказываемая им помощь должна быть конфиденциальной, бесплатной, удобной во всех отношениях. Предлагается устанавливать с наркоманами отношения равенства, а не подчинения. Пациент должен знать, что у специалистов, работающих с ним, нет никаких предубеждений. Задача врача, психолога, социального работника – убедить наркомана, что с ним будут работать независимо от того, бросит он наркотик или нет. Настаивать на полном отказе от наркотика – значит создавать атмосферу давления-противодействия, что едва ли приведет к успеху.

В рамках Модели Снижения Ущерба во многих странах работают **программы обмена игл**. Программы доказали свою эффективность в снижении распространении ВИЧ-инфекции. Очень часто именно эти программы являются «крючком», благодаря которому наркоманы идут на контакт с органами здравоохранения. Модель снижения ущерба предусматривает также обучение наркоманов более безопасным способам употребления наркотиков. И это не санкция на употребление наркотиков, а скорее демонстрация заботы о здоровье тех, кто делает инъекции наркотиков. **Метадоновые программы** – еще одно практическое направление работы с наркоманами в рамках Модели снижения ущерба. Замечено, что с началом внедрения метадоновых программ значительно снижается криминальная активность наркоманов. Общество получает возможность контролировать значительное число пациентов, предоставленных до этого времени самим себе. Официальное санкционирование употребления метадона вместо «тяжелых» наркотиков типа героина значительно улучшает качество жизни наркоманов. Люди, привыкшие вводить наркотик внутривенно получают возможность бесплатно получать более безопасный препарат через рот. Длительность действия метадона достигает 28 часов, так что достаточно принимать его раз в сутки. **Модель снижения ущерба** находится в стадии разработки. Она успешно проводится в жизнь в США и ряде европейских стран, но вызывает многочисленные возражения.

### Стратегии копинг-поведения в профилактике и психотерапии зависимого поведения

В мире существует довольно широкий спектр методик профилактики зависимостей. Однако преобладающими научнообоснованными и наиболее эффективными считаются методики, использующие теорию социального научения А.Бандуры и копинг-поведения Р.Лазаруса. В современной России данный подход адаптирован

Н.А.Сирота и В.М.Ялтонским в виде *программы копинг-профилактики употребления наркотиков* и других психоактивных веществ.

Копинг-поведением называют совладание со стрессом, умение выбирать и использовать наиболее эффективные способы коррекции собственного эмоционального состояния и действий в условиях психотравмирующего влияния среды.

Целью программы заявляется во-первых, обучение подростков поведению, ведущему к здоровью (т.е. здоровому образу жизни – ЗОЖ), во-вторых, уменьшение потребности в употреблении наркотиков и других психоактивных веществ за счет снижения числа лиц, имеющих факторы риска их употребления в популяции подростков путем развития у них высоко-функционального поведенческого копинг-стиля, направленного на психосоциальную адаптацию, социальную интеграцию, психическое и физическое здоровье.

Отметим тот факт, что анализируемая программа одной из своих целей справедливо и рационально, в соответствии с основами научных знаний и здравым смыслом ставит не категорический и однозначный отказ подростка от употребления наркотиков, но создание таких его психологических качеств, которые могут способствовать в формировании снижения потребности в употреблении психоактивных веществ. Задачами программы называются: 1) развитие и совершенствование использования активных копинг-стратегий путем обучения социальным навыкам, умениям преодоления стресса и управления им; 2) развитие и совершенствование использования личностно-средовых копинг-ресурсов путем направленного формирования когнитивного компонента поведения и оценки; формирования позитивной Я-концепции и самоэффективности, повышение эффективности социально-поддерживающих сетей и восприятия социальной поддержки, развития эмпатии и аффилиации, интернального локуса контроля и других копинг-ресурсов, являющихся психологическими факторами резистентности к стрессу и адаптации.

С точки зрения большинства специалистов, участвующих в деятельности по профилактике зависимостей, наиболее важным и значимым является формирование у подростка жизненных навыков и *стратегий преодоления жизненных проблем и психотравмирующих событий*. К жизненным событиям обычно относят все значительные социальные изменения и неудачи, с которыми человек сталкивается в повседневной жизни. Иногда их определяют как психические травмы или стресс.

**Психической травмой** называется жизненное событие, затрагивающее значимые стороны существования человека и приводящее к глубоким психологическим переживаниям. Психическая травма, как событие или ситуация, стоит в ряду иных жизненных ситуаций. Согласно классификации D.Magnusson, существует пять уровней определения ситуации:

1. Стимулы – отдельные объекты или действия.
2. Эпизоды – особые значимые события, имеющие причину и следствие.

3. Ситуации – физические, временные и психологические параметры, определяемые внешними условиями.

4. Окружение – обобщающее понятие, характеризующее типы ситуаций.

5. Среда – совокупность физических и социальных переменных внешнего мира.

К расстройствам адаптации, невротическим нарушениям и девиациям поведения могут приводить как эпизоды и ситуации, так окружение и среда. Психотравмирующими они становятся не только в связи с масштабностью или катастрофичностью. При анализе фактора психической травмы выделяются следующие ее характеристики:

- интенсивность;
- смысл;
- значимость и актуальность;
- патогенность;
- острота появления (внезапность);
- продолжительность;
- повторяемость;
- связь с преморбидными личностными особенностями.

По мнению Г.К.Ушакова по интенсивности психических травм их нужно делить на: 1) *массивные (катастрофические)*, внезапные, острые, неожиданные, потрясающие, одноплановые: а) сверхактуальные для личности, б) неактуальные для личности (например, природные, общественные катастрофы, интактные для данного индивидуума); 2) *ситуационные острые* (подострые), неожиданные, многопланово вовлекающие личность (связанные с утратой социального престижа, с ущербом для самоутверждения); 3) *пролонгированные ситуационные*, трансформирующие условия многих лет жизни (ситуация лишения, ситуация изобилия – кумир семьи): а) осознаваемые и преодолимые, б) неосознаваемые и непреодолимые; 4) *пролонгированные ситуационные*, приводящие к осознанной необходимости стойкого психического перенапряжения (истощающие): а) вызываемые самим содержанием ситуации, б) вызываемые чрезмерным уровнем притязаний личности при отсутствии объективных возможностей для достижения в обычном ритме деятельности.

В.Н.Мясищев делил психические травмы на *объективно-значимые и условно-патогенные*, подчеркивая тем самым семантическую роль события. Под объективно-значимыми понимаются жизненные события (психические травмы), значимость которых можно считать высокой для подавляющего большинства людей – смерть близкого, развод, увольнение и пр. Условно-патогенными называют события, которые становятся психическими травмами, вызывающими переживания в силу особенностей иерархии ценностей человека (к примеру, потеря марки из коллекции филателиста). Широко распространена в западной психиатрии шкала Holmes-Rahe, с помощью которой каждому жизненному событию приписывается строго определенный и неизменный выраженный в баллах коэффициент. На основании суммы баллов предлагается судить о силе и интенсивности

психического воздействия жизненных событий. Так, наивысшее количество баллов за травмирующее влияние приписывается смерти супруга (100 баллов). Далее следуют: развод (73 балла), разлука супругов (65), тюремное заключение (63), смерть родных (63), женитьба (50), примирение супругов (45), выход на пенсию (45). Авторы включили в шкалу стресса даже такие ситуации, как заклад или заем суммы денег. Причем, если заклад или заем не превышает 10 тысяч долларов, то это дает 17 баллов по шкале стресса, а свыше 10 тысяч – 31 балл. На основании простого арифметического подсчета баллов предполагается, что можно в процентах априорно оценить риск возникновения невроза. Шкала Holmes-Rahe, несмотря на очевидную субъективность и недостоверность, до настоящего времени широко используется в научных исследованиях, затрагивающих проблемы неврозогенеза.

Актуальный конфликт формирующийся на базе психической травмы, по мнению N.Peseschkian, складывается из жизненных событий и микротравм, роль которых выделяется этим автором особенно. К последним относятся, к примеру, такие, как непунктуальность, нечистоплотность, несправедливость, непорядочность, неверность участника коммуникативного процесса. Подобные микротравмы, действуя ежедневно и монотонно, способны вызвать и сформировать невротическую симптоматику. Таким образом, на первый план выдвигаются не столько значимость или интенсивность психотравмирующего воздействия, сколько повторяемость, однотипность и длительность микротравм, которые входят в противоречие с представлениями человека о «правильных качествах» партнера.

В условиях современной России особое значение приобретает т.н. *посттравматическое стрессовое расстройство*. Оно возникает как отставленная или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического характера, выходящего за рамки обыденных житейских ситуаций, которые способны вызвать дистресс практически у любого человека. Вначале к таким событиям были отнесены лишь военные действия (война в Афганистане, контртеррористическая операция в Чечне). Однако вскоре жизнь предоставила ученым широкое поле для изучения явления, которое перестало быть эксквизитным.

Посттравматическое стрессовое расстройство, как правило, обусловливается следующими факторами:

- военными действиями:
- природными и искусственными катастрофами;
- террористическими актами (в том числе, взятием в заложники);
- службой в армии;
- отбыванием заключения в местах лишения свободы;
- насилием и пытками;
- угрозой физического или психического насилия.

Типичными признаками психического расстройства у участников перечисленных трагических событий являются эпизоды повтор-

ного переживания психической травмы в виде навязчивых воспоминаний (реминисценций), кошмарных сновидений, отчуждение от других людей, утрата интереса к жизни и эмоциональная притупленность, уклонение от деятельности и ситуаций, напоминающих о трагическом событии. Подобное психическое состояние нередко провоцирует иные аномальные формы поведения, нередко ведет к аддикциям, желанию отстраниться от реальности, уйти в мир фантазий и грез с помощью наркотических веществ или алкоголя.

Распространенность посттравматического стрессового расстройства уступает в настоящее время в условиях России *социально-стрессовым расстройствам* в широком понимании данного термина. Естественно, что количество лиц, подвергающихся прямому физическому и психическому насилию или участвовавших в боевых действиях несравнимо с числом тех, кто испытывает так называемый *«стресс повседневной жизни»* и находится в сложных жизненных ситуациях, не в последнюю очередь обусловленных макросоциальными факторами.

По данным некоторых отечественных психиатров, количество сограждан, нуждающихся в лечебно-консультативной помощи психиатра, психолога или психотерапевта исчисляется десятками миллионов (Т.Б.Дмитриева). Считается, что наиболее часты среди социально-стрессовых расстройств: невротические и психосоматические нарушения, делинквентные и аддиктивные формы аномального поведения, донозологические психические расстройства психической адаптации.

Ю.А.Александровским описаны на примере российской действительности характеристики группы социально-стрессовых расстройств, определяемой складывающейся психогенно-актуальной для большого числа людей социально-экономической и политической ситуацией. Их суть заключена в том, что складывающая в постсоциалистическом обществе социально-психологическая ситуация приводит к ломке общественного сознания и смене жизненных ориентиров десятков миллионов людей. Развивающиеся вследствие этого массовые проявления состояний психоэмоционального перенапряжения и психической дезадаптации, по существу, являются коллективной психической травмой, естественной «экспериментальной моделью» социальных стрессовых расстройств. По мнению Ю.А.Александровского, основными причинами и условиями возникновения социально-стрессовых расстройств являются:

- макросоциальные общегрупповые психогении, изменяющие стереотип жизнедеятельности больших контингентов населения;
- социально-стрессовые обстоятельства, носящие хронический, растянутый по времени характер, их динамика непосредственно определяет компенсацию и декомпенсацию невротических нарушений;
- коренное изменение общественных отношений, выходящее за рамки обычного опыта;

- смена системы культуральных, идеологических, моральных, религиозных представлений, норм и ценностей, остававшихся неизменными на протяжении жизни прежних поколений;
- изменение социальных связей и жизненных планов;
- нестабильность и неопределенность жизненного положения;
- ухудшение соматического здоровья;
- усиление декомпенсации невротических и патохарактерологических нарушений под влиянием «биогенного» воздействия экологических вредностей.

В современных условиях психика многих людей (в первую очередь подростков) оказывается недостаточно пластичной для быстрого и адекватного приспособления к стремительно меняющимся условиям жизни, что приводит к развитию разнообразных поведенческих девиаций, связанных с кризисом идентичности. Б.С.Положий выделяет четыре варианта *кризиса идентичности*, проявляющегося как на донозологическом, так и на нозологическом уровне: аномический, диссоциальный, негативистический и магический.

Под аномическим вариантом кризиса идентичности понимается поведение людей, характеризующееся утратой жизненного тонуса, прежних интересов, снижением активности и целеустремленности, своеобразной аутизацией, доминированием тревожно-депрессивного фона настроения, неверием в собственные силы, ощущением своей малозначимости, неспособности противостоять коллизиям судьбы.

Диссоциальный вариант кризиса идентичности выражается такими свойствами, как: стремление к агрессивному поведению по отношению к лицам, высказывающим несовпадающую с их точку зрения, абсолютная нетерпимость к окружающим, доминирование угрюмо-злобного аффекта, сочетающееся с легкой внушаемостью.

Негативистический вариант кризиса идентичности проявляется, в первую очередь, упрямством, нарочитым недовольством всеми и вся, скептически-пессимистической оценкой происходящего, уклонением от любой активности по декларируемой причине безрезультатности какой-либо деятельности.

В магический вариант кризиса идентичности входят такие поведенческие проявления как: бурный всплеск интереса ко всему необъяснимому, иррациональному, мистическому, переключение всей деятельности (даже в ущерб себе и близким) на активность в сфере поиска истины, разгадки тайн бытия.

В плане формирования зависимостей стресс или психическая травма выступают в качестве провоцирующего фактора, тогда как основой данного девиантного поведения является личность, неполучившая в процессе воспитания навыков совладания со стрессом. **Жизненными навыками** называют те личные, межличностные и физические навыки, которые позволяют людям контролировать свою жизнь, развивать умение жить в обществе и вносить изменения в окружающую среду. Под преодолением имеют ввиду познавательные и физические навыки и ресурсы, имеющиеся у индивидуумов и ис-

пользуемые ими для разрешения проблем и преодоления стрессов и трудностей повседневного существования или жизненных событий, вызывающих стресс.

Известно, что люди стараются справляться со своими проблемами тремя основными путями: либо пытаясь изменить свое восприятие проблемы, либо пытаясь изменить ситуацию, породившую ее, или пытаются стравиться со стрессом, который эта проблема порождает. У человека, более склонного к зависимому поведению, ни одна из перечисленных адекватных стратегий не осуществляется.

В качестве эффективной и адекватной методики профилактики и коррекции зависимого поведения в виде алкогольной или наркотической аддикции применяется разработанный нами (В.Д.Менделевич) *антиципационный тренинг* (см.ниже).

## *Психофармакотерапия и психотерапия зависимости от психоактивных веществ*

Учитывая большую социальную значимость девиантного поведения в виде **злоупотребления веществами, изменяющими психическое состояние человека**, имеется огромное количество подходов к решению данной проблемы. Их можно разделить на медико-биологический и психологический. Первый исходит из представления о том, что основой поведенческих девиаций в виде алкогольной и наркотической зависимости является психофизиологическое функционирование (нарушения деятельности определенных отделов головного мозга) и, следовательно, приоритетным является психофармакотерапия или иные биологические и химические способы воздействия на деятельность мозга. Второй подход базируется на представлении о сущностной значимости личностных (не организменных) деформаций в возникновении, а значит психологической коррекции и терапии алкогольной и наркотической зависимостей.

С точки зрения Н.Н.Иванца, разделяющего позицию о биологической детерминации **алкогольной и наркотической зависимостей**, тактика их лечения должна строиться с учетом патогенетических механизмов формирования зависимости от психоактивных веществ. Психофармакотерапевтическому купированию должны подвергаться пациенты не только на этапе формирования терапевтической ремиссии, но и на этап интоксикации, острой абстиненции и постабстинентных расстройств. В периоде, когда не отмечается признаков интоксикации и абстиненции, но возможно появление псевдоабстинентных состояний, способных спровоцировать рецидив девиантного поведения предлагается использовать такие группы психотропных веществ, как: антидепрессанты, нейролептики, антиконвульсанты и транквилизаторы. Считается, что основой психофармакотерапии должны быть *антидепрессанты*, применяемые в зависимости от доминирования той или иной депрессивной симптоматики: ами-

триптиллин (в дозе до 200 мг в сутки); мелипрамин (до 100 мг в сутки); леривон (до 90 мг в сутки); людиомил (до 150 мг в сутки), коаксил (до 40 мг в сутки). Наряду с антидепрессантами, хороший эффект отмечается при использовании: *нейролептиков* (эглонила в дозе до 400 мг в сутки и карбидина в дозе до 100 мг в сутки), *антиконвульсантов* (финлепсина в дозе до 600 мг в сутки и конвулекса в дозе до 600 мг в сутки), а также *транквилизаторов* (грандаксина в дозе до 150 мг в сутки и мебикара в дозе до 900 мг в сутки).

В рамках психологической парадигмы коррекции и терапии девиантного поведения выделяется несколько аспектов. Упор делается, во-первых, на индивидуальном или групповом (в том числе, семейном) ракурсах; во-вторых, на способах — консультативном, коррекционном (тренинговом) или психотерапевтическом (суггестивном).

Главной мишенью психологического воздействия при работе с больными **алкоголизмом** является психологическая зависимость от алкоголя, влечение к употреблению спиртных напитков. По мнению большинства исследователей, психологическая коррекция влечения к алкоголю происходит комплексно и на различных уровнях психической деятельности. На когнитивном уровне это преодоление анозогнозии, на уровне самосознания – влияние на самооценку и самоуважение, на эмоциональном – комплексное лечение аффективных нарушений, на уровне поведения – изменение стиля и образа жизни и воздействие на среду пациента, на мотивационном — создание и укрепление мотивов, альтернативных по отношению к патологическому влечению к алкоголю.

Из индивидуальных методик психотерапии отклоняющегося поведения в виде алкогольной зависимости наибольшее распространение имеет метод суггестивного воздействия в форме *эмоционально-стрессовой психотерапии* (различные виды и формы т.н. «кодирования»), носящей либо непосредственный (директивный), либо опосредованный характер. В связи с низкой эффективностью терапии алкоголизма с помощью традиционных для наркологической практики методов и способов (условно-рефлекторной психотерапии, аверсивной терапии) лидирующую позицию начинает занимать система опосредованной психотерапии. Под опосредованной психотерапией понимается «комплекс разнообразных манипуляций (от ритуальных до хирургических), несущих особую психологическую нагрузку, направленную на повышение внушаемости при выработке и закреплении в сознании больного определенной лечебной установки — терапевтической доминанты» (А.Г.Гофман, А.Ю.Магалиф). В основе опосредованной психотерапии алкоголизма лежит комплекс запретительных мер, нацеленных на выработку у пациента опасения неминуемых тяжких расстройств здоровья в случае возвращения к употреблению спиртных напитков. К этой группе терапевтических мероприятий относятся такие, ставшие известными методы, как метод «кодирование» по А.Р.Довженко в различных модификациях, акупунктура, «Торпедо», «Пролонг-2» и другие.

Наряду с некоторыми положительными сторонами перечисленных методик, например, быстротой процедуры («критерий одномоментности»), возможностью амбулаторного лечения и даже «терапии на дому» за годы их практикования обнаружились и существенные негативные проявления. В первую очередь, обращает на себя внимание негуманность подхода к терапии больных алкоголизмом, оправдываемая тем, что «глубинный уровень психической зависимости от алкоголя делает недостаточно эффективным использование моральных контрмотивов к употреблению спиртного». Однако по нашему мнению, приведенное оправдание не вполне корректно, и трудности при использовании в терапии алкоголизма моральных качеств больного не могут обосновывать негуманность практикуемых терапевтом методов.

Подавляющее большинство методик опосредованной психотерапии алкоголизма по сути своей использует аверсивный принцип — вызывание отвращения к употреблению спиртных напитков. Если при классической аверсивной терапии у пациента формируют страх перед соматическими последствиями употребления алкоголя, то при опосредованной психотерапии — страх перед нарушением наложенного табу и возможными психическими осложнениями, что приводит к частому возникновению ятрогенных невротических расстройств и вторичных девиаций поведения. К недостаткам вышеуказанных психотерапевтических методов можно отнести и широко используемое шоковое (нередко сопряженное с болевым) воздействие в момент кодирования, а также третирование больных в связи с болезнью. В том же ряду находится и поддержание, а зачастую и продуцирование мифологического мышления пациентов, убеждаемых, что «в их мозг вводится материализованный код, способный сдерживать пагубное пристрастие».

Обнаружение негативных проявлений опосредованной психотерапии алкоголизма стимулировало нас к созданию методики, которая могла бы избежать их при сохранении положительной стороны способа. С этой целью был создан (В.Д.Менделевич, Е.А.Сахаров, Д.А.Авдеев) и апробирован метод, названный «*Цереброфотопрограммированием*» (ЦФП). Способ можно отнести к одному из вариантов физиотерапевтического плацебо. Суть его заключается в создании установки на снятие психического и физического влечения к алкоголю (а не формирования страха перед употреблением спиртных напитков) с помощью определенной психотерапевтической стратегии и техник. В качестве средства — плацебо в рамках ЦФП используется процедура электроэнцефалографии с фотостимуляцией. Теоретическое осмысление методики ЦФП показывает, что достижению терапевтической эффективности (72%), в первую очередь, способствует гуманистическая платформа лечения алкоголизма, не провоцирующая страха перед возможным срывом, но опирающаяся на «добрую волю» пациента. Терапевтический успех достигается недирективностью взаимоотношений врач-больной, в которых каждая сторона принимает на себя определенную долю ответственности за резуль-

тат – врач обязуется купировать зависимость от алкоголя, пациент – выработать убедительную для него и его пьющего окружения трактовку отказа от спиртного. Особо тщательно обсуждается проблема заполнения освободившегося от алкоголизации времени иной деятельностью. Принципиально важным в методике ЦФП можно считать принцип «*пустого смыслового (информационного) поля*» – врач объясняет процедуру ЦФП только в общих чертах, избегает прямых формулировок, стремясь уйти от формирования нового мифологического мышления пациента. Таким образом, «цереброфотопрограммирование» можно считать высоко эффективным и гуманистически ориентированным способом психотерапии девиантного поведения в форме алкогольной зависимости.

Традиционно в лечение алкогольного девиантного поведения психотерапевт выбирает для работы один из следующих стилей: директивное руководство, сопереживающее руководство и эмоционально-нейтральное партнерство. Как показывают исследования, эффективность терапии зависит от этнокультуральной специфики.

Одним из распространенных психологических подходов в терапии алкогольной зависимости считается групповая психотерапия, использующая феномен группового давления. Групповая психотерапия располагает значительными возможностями для преодоления алкогольной анозогнозии, разрешения или ослабления внутриличностных конфликтов и трудностей межличностного взаимодействия.

По данным И.В.Бокия и С.В.Цыцарева, целесообразно проведение групповой психотерапии в два этапа. На первом этапе проводится работа с отношением к болезни, в центре внимания второго этапа – межличностные и интрапсихические проблемы. Особое внимание уделяется повышению самооценки и самоуважения участников группы. Среди применяемых в групповой психотерапии методик можно выделить: свободную дискуссию, проективные рисунки, ролевые игры, психогимнастику. Оптимальная численность группы от 8 до 14 человек. Состав группы не меняется на протяжении всего хода лечения (закрытые группы). В группы не рекомендуется включать больных старше 50 лет и ведущих антисоциальный образ жизни. Продолжительность одного занятия составляет 1,5–2 часа. В условиях стационара группа может работать 4–5 раз в неделю, в амбулаторных – 2 раза в неделю.

Считается, что эффективность групповой психотерапии во многом определяется личностной и профессиональной позицией психотерапевта. Поведение и эмоциональные проявления ведущего группы оказываются моделью, на основе которой строятся взаимоотношения больных в группе. Оптимальной тактикой психотерапевта принято считать недирективное, поддерживающее поведение с элементами руководства. Врач не может предлагать больным готовых решений.

Семейная психотерапия алкогольной зависимости строится на базе убежденности в том, что формирование алкоголизма является

семейной проблемой. Она направлена на формирование у членов семей алкоголиков правильного отношения к заболеванию и лечению больного, ослабление у них невротической симптоматики, изменение системы внутрисемейного взаимодействия. Важной задачей семейной психотерапии при алкоголизме является анализ и разрушение патологических и манипулятивных взаимоотношений больных с их ближайшими родственниками.

Одним из наиболее распространенных способов групповой психотерапии алкогольной зависимости является терапия, названная «12 шагов», о которой говорилось выше.

В терапии и коррекции **наркотической зависимости** часто используются сходные с лечением алкогольной зависимости методы и способы. Однако можно утверждать, что, если медикаментозные стратегии купирования физической зависимости от психоактивных веществ (алкоголя и наркотиков) идентичны (способы суггестивной психотерапии и психофармакотерапия) за исключением заместительной терапии, то психологические стратегии снятия психологической зависимости нередко кардинально разнятся. Подобная особенность может говорить о существенной разнице психологических механизмов формирования алкогольного и наркотического зависимого поведения. Одной из таких особенностей можно назвать тенденцию возникновения наркозависимости по механизмам аддиктивного поведения, а алкогольного — по механизмам патохарактерологического. Вторая особенность — это признание наркозависимости семейным аддиктивным паттерном.

Основным мотивом личностей, склонных к аддиктивным формам поведения, является активное изменение неудовлетворяющего их психического состояния, которое рассматривается ими чаще всего как «серое», «скучное», «монотонное», «апатичное». Такому человеку не удается обнаружить в реальной действительности какие-либо сферы деятельности, способные привлечь надолго его внимание, увлечь, обрадовать или вызвать иную существенную и выраженную эмоциональную реакцию. Жизнь видится ему неинтересной в силу ее обыденности и однообразия. Он не приемлет того, что считается в обществе нормальным: необходимости заниматься какой-нибудь деятельностью, соблюдать какие-то принятые в семье или обществе традиции и нормы. Можно говорить о том, что у индивида с аддиктивной нацеленностью поведения значительно снижена активность в обыденной жизни, наполненной требованиями и ожиданиями. При этом аддиктивная активность носит избирательный характер — в тех областях жизни, которые пусть временно, но приносят человеку удовлетворение и вырывают его из мира эмоциональной стагнации (бесчувственности), он может проявлять недюжинную активность для достижения цели.

Как было указано выше исследования (В.Д.Менделевич, Б.Д.Менделевич) семей, в которых у одного из членов выявлялась наркотическая зависимость, показывают, что аддиктивные формы поведения присущи не только пациенту (наркоману), но и, как правило, одному из родителей (чаще отцу). Аддиктивное поведение у

родственника наркомана проявлялось в наших исследованиях в виде: трудоголизма (38,7% случаев), сверхценных увлечений, в частности, «паранойи здоровья» (22,6% случаев), алкогольной зависимости (16,1% случаев), гемблинга (12,9% случаев), религиозного фанатизма (9,7% случаев).

Учитывая научные факты, можно утверждать, что основными методами коррекции и терапии девиантного поведения в форме наркозависимости являются *экзистенциальная и семейная психотерапия*. Кроме них активно используются такие методики, как: нейролингвистическое программирование и эриксоновский гипноз, гештальтпсихотерапия и др.

В основу экзистенциального подхода в психотерапии наркотической зависимости положено разрешение базисных экзистенциальных конфликтов личности, связанных с проблемами: 1) осмысленности и бессмысленности существования; 2) жизни и смерти; 3) изоляции от общества и вовлеченности в общение с людьми; 4) свободы, ответственности, воли и несвободы, зависимости и безволие. Условием терапии становится:

а) принятие пациента таким какой он есть (т.е. эмпатийность, беспристрастность, отказ от позиции осуждения и даже оценки употребления наркотиков);

б) искренность (истинное желание помочь пациенту осознать собственные проблемы, найти способы их решения, а не манипулирование им);

в) позитивный взгляд на возможность избавления от наркотической зависимости в каждом конкретном случае.

Процесс психологического консультирования включает в себя совместные размышления психотерапевта (психолога) и наркозависимого об экзистенциальных кризисах, обусловленных неразрешенностью одного из перечисленных базисных конфликтов. При психологической коррекции наркозависимости в игровых условиях происходит моделирование фрустрирующих житейских ситуаций, в которых испытуемый должен сориентироваться и адекватно отреагировать. Важным становится выработка навыков коммуникативной компетентности и толерантности. Экзистенциальная психотерапия в своей деятельности исходит из положения о том, что «терапия может быть причиной личностного изменения лишь постольку, поскольку она приводит пациента к принятию нового способа поведения» (А.Велис).

При анализе экзистенциальной *проблемы смерти* упор делается на постулате о том, что «существование не может быть отложено». Изучается концепция жизни и смерти, существующая у наркозависимого, исходя из уравнения: «удовлетворенность жизнью обратно пропорциональна страху смерти» (И.Ялом). Изучается иерархия ценностей пациента, делается попытка показать относительность любой ценности.

Наиболее важным в процессе экзистенциальной психотерапии девиантного поведения в форме наркотической зависимости являет-

ся разработка *проблемы осмысленности и бессмысленности существования*, которая направлена на разрешение одного из наиболее значимых и сущностных кризисов наркомана – кризиса бессмысленности. Можно утверждать, что наиболее частым мотивом включения наркотика в систему ценностей человека и становления наркотического поведения является ощущение бессмысленности существования. Кризис бессмысленности способен формировать аддиктивный тип девиантного поведения, так как именно при нем отмечается стремление уйти от реальности (т.е. от отсутствия осмысленности собственной жизни) путем искусственного изменения своего психического состояния. Проблема поиска смысла жизни включает рассуждения о существовании космического и личного смысла жизни. Под первым подразумевается некий замысел, существующий вне и выше личности и обязательно предполагающий какое-либо магическое или духовное упорядочение вселенной. Некоторые психотерапевтические методики (например, программа «12 шагов») делают упор именно на этом аспекте терапии. Экзистенциальная психотерапия не носит духовного характера, несмотря на то, что нравственному совершенствованию человека она придает важное значение. Принципом же данного вида терапии является утверждение о том, что жизненные смыслы лежат не вне, а внутри человека, что только сама личность способна творить смыслы, т.е. являться смыслопорождающим субъектом. Основой же осмысленности жизни является, наряду с интеллектуальным, нравственным, телесным и материальным совершенствованием, понятие вовлеченности в жизнь. Под вовлеченностью понимается включенность человека в любую практическую деятельность, реальную активность в преобразовании мира, близкого окружения и самого себя.

Существующий *гедонистический парадокс*: чем больше мы намеренно ищем удовольствия, тем больше оно от нас ускользает может решаться двояко. Во-первых, так, как предлагает В.Франкл: «Удовольствие является побочным продуктом смысла и поэтому искание следует посвятить не поиску удовольствий, а поиску смысла». Во-вторых, по предложению И.Ялома, «смысл, как и удовольствие, должен преследоваться косвенно, а ощущение осмысленности и удовлетворенности является побочным продуктом вовлеченности».

Стремление наркомана с психологической зависимостью получить удовольствие, испытать эйфорию, «кайф», можно рассматривать как стремление избежать кризиса бессмысленности существования и подобным искусственным путем получить (а не создать) смысл. Основой психотерапевтической работы с наркозависимыми должен стать принцип вовлеченности.

Не менее важны в терапии наркотической зависимости и купирования девиантного поведения групповые психотерапевтические стратегии, направленные на *формирование ответственности*. Они включают принятие пяти следующих убеждений-осознаний (И.Ялом):

1. Осознание того, что жизнь иногда устроена нечестно и несправедливо.

2. Осознание того, что в конечном счете не избежать какой-то части жизненных страданий и смерти.

3. Осознание того, что какова бы ни была близость с другими людьми, все равно я должен справляться с жизнью в одиночку.

4. Встреча с базовыми вопросами моей жизни и смерти, благодаря которой я могу теперь проживать свою жизнь более честно и меньше вовлекаться в тривиальности.

5. Осознание того, что я несу конечную ответственность за то, как я проживаю свою жизнь, независимо от того, сколько поддержки и руководства получаю от других.

Проблема ответственности сопряжена с проблемой *локуса контроля*. Известно, что у наркоманов преобладает экстернальный (внешний) локус контроля. Такие девианты склонны верить в существование внешнего контроля их поведения, убеждены, что во многих обстоятельствах их жизни и в том, как они на них реагировали, всецело повинны другие люди, везение или случай. Чем выше уровень субъективного контроля, тем более ответственен индивид за себя и за события, происходящие с ним. Особо ярко внешний локус контроля наркомана обнаруживается в процессе обращения за помощью в избавлении от зависимости. Он склонен искать способы терапии, ответственность за результативность которых лежит на враче (психологе), и часто не согласен принять на себя часть ответственности за излечение.

Необходимость и обоснованность применения *семейной психотерапии* в коррекции девиантного наркозависимого поведения связана с доказанным существованием семейных аддиктивных паттернов поведения, способствующих формированию подобного поведения. Семейная психотерапия подразумевает терапию всей семьи, становление в ней оптимальных взаимодействий, формирование саногенных паттернов поведения, коммуникативной компетентности и толерантности.

По мнению В.И.Петрова, в психотерапевтической работе с наркоманами можно выделить следующие особенности:

- Недопустимость авторитарной позиции специалиста, оказывающего помощь. Наркоман может отказаться от лечения, если психотерапевт будет выступать в роли судьи или моралиста.
- Для установления хорошего психологического контакта с пациентом необходимо знание многочисленных проблем наркомании. Фармакологическое действие наркотиков и других психоактивных веществ, нравы, обычаи, субкультура наркоманов – все эти вопросы не должны быть тайной для специалиста, работающего с наркоманами.
- Постепенность реабилитационных мероприятий. Отказ от употребления наркотиков – только начало длинного и трудного пути. Человек не может изменить привычный образ жизни сразу. Наркотики занимали огромное место в жизни пациента. Необходимо время и терпение, чтобы образовавшаяся пустота заполнилась чем-то другим.

В психологической коррекции и психотерапии девиантного наркозависимого поведения, наряду с другими методами, используется *нейролингвистическое программирование и эриксоновский гипноз.* В соответствии с постулатами НЛП поведение человека основывается на бессознательных мотивах, которые опосредуются тремя репрезентативными системами: визуальной, аудиальной и кинестетической. Считается, что патологические психические и поведенческие проявления часто центрируются в кинестетической системе. Основным методическим приемом снятия болезненных симптомов по системе нейролингвистического программирования является т.н. «разрушение (нейтрализация) якорей». Вначале ставится положительный «якорь» на какое-либо приятное чувство девианта, затем отрицательный – на неприятное, негативное. После этого производится их удаление путем одновременного включения положительного и отрицательного «якорей», что приводит к нейтрализации отрицательного «якоря» и снятию симптома – зависимости. В НЛП предполагается, что «разрушение якорей» способно привести к купированию наркотической зависимости. Еще одной техникой является рефрейминг, цель которого заключается в «попытке договориться с тайной частью подсознания, которая отвечает за шаблон поведения, о возможности прекращения этого нежелательного поведения» (Д.Гриндер, Р.Бендлер). В основе рефрейминга лежит различие между поведением и намерением.

Эриксоновский гипноз в терапии наркомании использует косвенные внушения в трансовом состоянии человека, избегая произношения прямых эмоционально значимых слов («наркотик», «героин» и т.д.). Следует отметить, что эффективность суггестивных и краткосрочных методов психотерапии в лечении наркотической зависимости в отличие от лечения алкоголизма низка.

### Антиципационный тренинг в профилактике и коррекции наркозависимого поведения

Психотерапия «здравым смыслом» включает в себя, наряду с элементами рациональной психотерапии, т.е. переубеждения человека на основании логической аргументации и формирования правильного мышления, основанного на определенности, последовательности и доказательности, *становление многовариантного способа осмысления действительности.* Он противопоставляется одновариантному (ригидному), являющемуся частью патологического мыслительного паттерна при т.н. каузальной атрибуции. Базой личностной позиции при психотерапии «здравым смыслом» считается т.н. антиципационная состоятельность – способность человека предвосхищать ход событий, строить процесс прогнозирования на многовариантной гибкой основе, используя прошлый жизненный опыт. В рамках антиципационного тренинга проводится консультирование, направленное на развитие антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) с целью предвосхищения психотравмирующих ситуаций, собственных эмоцио-

нальных феноменов, последствия употребления психоактивных веществ.

Считается, что гармоничные характерологические черты и свойства личности, а также неврозо- и наркоустойчивость способны формироваться лишь в случае использования таких принципов антиципационного тренинга, как:

а) *отказа от претензий* («мне никто ничего не должен»);

б) *отказа от однозначности* (при истолковании происходящих событий — «это может значить все, что угодно»);

в) *отказа от фатальности* (при истолковании будущих событий — «все возможно»);

г) *выработки стратегии «антиципирующего совладания» и «предвосхищающей печали»* взамен «предвосхищающей радости».

Принцип отказа от претензий является одним из основополагающих в структуре антиципационного тренинга. Это связано с тем, что установка долженствования по отношению к происходящему вокруг человека и внутри его приводит к формированию патогенных паттернов осмысления действительности, выражающихся в двух разновидностях экспектаций потенциального невротика и девианта: «мне все должны» или «я всем должен». Подобная жизненная позиция приводит к становлению патогенного моновариантного или поливариантного типов вероятностного прогнозирования. Сходные закономерности можно обнаружить и при игнорировании использования в жизни принципов однозначности и фатальности.

Сутью принципа выработки стратегии «антиципирующего совладания» («предвосхищающей печали») является изменение ригидной личностной позиции в отношении способов прогнозирования будущих событий и тренинг навыков многовариантного прогнозирования. Цель изменения ригидной моновариантной личностной позиции пациента достигается в процессе психологического консультирования с использованием метода «сократического диалога», демонстрации психотерапевтом фактов связи невротических, поведенческих и личностных расстройств и преморбидной специфики прогнозирования жизненных ситуаций. Упор при этом делается на факте частого расхождения прогнозов, делавшихся пациентом, в отношении вероятности возникновения тех или иных ситуаций и реально происходившими событиями. В совместных психотерапевтических беседах (консультациях) психотерапевт производит анализ данных случаев, нацеливаясь на убеждение пациента в том, что отказ от прогнозирования вероятных, но негативных событий в его жизни является устойчивой стратегией и вызывает невротические расстройства или зависимость от психоактивных веществ. Наряду с этим, используются методики «контрастирования» и транскультуральных корреляций. Процесс собственно антиципационного тренинга, который можно назвать психокоррекционным, включает индивидуальные и групповые занятия, во время которых происходит проигрывание (и обсуждение) разнообразных высоко актуальных жизненных событий: предложение употребить наркотик, выпить, закурить,

измена, развод, увольнение, предательство, смерть близкого, неблагодарность со стороны окружающих и пр. Во время данных занятий происходит выработка стратегии многовариантного прогнозирования и «антиципирующего совладания», основным девизом которого является «надейся на лучшее, но готовься к худшему». Нередко в качестве инструментария для антиципационного тренинга используется модифицированный тест фрустрационной толерантности Розенцвейга.

Основополагающими техниками развития антиципационных (прогностических) способностей подростков являются: а) моделирование процессов вероятностного прогнозирования в условиях проведения психологических и психофизиологических методик; б) тренинг навыков прогнозирования с использованием тех же методик. Приведенные методики используются как при индивидуальных, так и при групповых занятиях (тренингах).

На первом этапе каждому испытуемому подростку проводят обследование его прогностических способностей с использованием батареи тестовых методик. На втором этапе с подростками, показатели антиципационных способностей которых существенно снижены проводят углубленное индивидуальное консультирование и тренинг. Затем этих подростков включают в группу с лицами, показатели которых по прогностической компетентности лучше.

Развитие антиципационных (прогностических) способностей происходит в двух формах: *консультативной и тренинговой*. Первая в соответствии с общепринятыми принципами психологического консультирования включает в себя информирование человека о его прогностических способностях, их специфике, анализе разнообразных вариантов поведения людей в сходных житейских ситуациях. Целью консультирования становится формирование многовариантного осмысления действительности и возможностей собственных действий, поступков и реакций. Тренинговая форма включает в себя формирование навыков антиципирующего совладания с ситуациями в условиях игры или тестирования.

Учитывая тот факт, что антиципационная состоятельность (прогностическая компетентность) включает в себя 3 составляющие (В.Д.Менделевич) – личностно-ситуативную, пространственную и временную (хроноритмологическую), связанных между собой сущностно – развитие данного вида способностей включает все три составляющие. Для развития личностно-ситуативной составляющей антиципационной состоятельности используются следующие методики:

- тест антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) ТАС (ПК) В.Д.Менделевича;
- модифицированный тест фрустрационной толерантности Розенцвейга (модификация В.Д.Менделевича);
- тест «угадайка» Л.И.Переслени (для детей младшего возраста);
- тест на непреднамеренное запоминание Б.Ф.Ломова;
- тесты «рулетка» Г.Е.Журавлева и М.А.Цискаридзе.

Для развития пространственной составляющей антиципационной состоятельности используются модифицированный тест РДО (реакции на движущийся объект) и пальчиковый тренинг по М.С.Рузиной. Для формирования временной (хроноритмологической) составляющей рекомендовано использовать тест на отмеривание времени А.С.Дмитриева и З.В.Войтюковой и РДО.

### Психофармакологическая поддержка процесса реабилитации наркозависимых

Современная ситуация в сфере проведения адекватной и эффективной реабилитации наркозависимых и вторичной профилактики наркомании, наталкивается на проблему поиска основных этиопатогенетических факторов, способствующих возобновлению употребления наркотических веществ. В центре научного интереса ученых различных специальностей находится **проблема патологического влечения к наркотику**. Эта проблема в зависимости от научной платформы ученого решается диаметрально противоположными путями. Если влечение к употреблению наркотического вещества расценивается как психопатологический синдром, базирующийся на изменениях деятельности различных отделов головного мозга, то основным методом его купирования выступает психофармакологическая коррекция или иные методы воздействия на мозг (организм). Подобную позицию логично обозначить центрированной на организме (организмоцентрированной). Если же влечение к употреблению наркотического вещества рассматривается как психологическая проблема (т.е. «влечение как привычка»), то центральное место в оказании помощи наркозависимому занимает психокоррекция – исправление неадекватных навыков посредством либо непосредственного перевоспитания (тренингов или бихейвиоральных методов психотерапии), либо с использованием психологического воздействия на личностную базу наркомана – его мировоззрение, экзистенциальные проблемы. Подобная позиция обозначается как личностноориентированная.

Следует признать, что описанные позиции в условиях стихийного рынка услуг для наркозависимых приходят в столкновение. Зачастую это столкновение не носит строго научного характера. Психиатры-наркологи нередко не понимают и не принимают подходы психологов и наоборот. На практике противостояние выливается в открытую не всегда честную борьбу за потребителя услуг, что конечно же наносит ущерб всей системе оказания помощи наркозависимым и дискредитирует науку.

Хочется обратить внимание на тот факт, что до тех пор, пока не будет существовать научных обоснований теории этиопатогенеза патологического влечения к наркотику, ученый мир еще долго будет сталкиваться с различного рода терапевтическими спекуляциями типа пропагандирования «нейрохирургического или лазерного разрушения центров удовольствия» или исправления «генетически заданного синдрома дефицита удовлетворенности» (Маршак Я.И., 2000).

Таким образом, одним из насущных вопросов современной теории наркотической зависимости следует признать вопрос о *механизмах формирования патологического влечения к наркотику.* В данной проблеме можно выделить несколько неразрешенных вопросов. Так, представляет интерес вопрос о том, является ли патологическое влечение к наркотику у наркомана (или будущего наркомана) отражением общих закономерных процессов в его организме и личности или же структуры влечения к наркотическому веществу принципиально отлична от всех иных влечений конкретного человека? В этом отношении интерес представляет вопрос о коморбидности наркозависимости с иными видами зависимого поведения, к примеру, с никотинизмом и алкоголизмом, а также с гемблингом, нарушениями пищевого поведения, сексуальными девиациями или сверхценными увлечениями. Не менее важным остается вопрос о психологических или психопатологических корнях наркозависимости, о критериях разграничения патологического и непатологического влечения. Сегодня этот вопрос решается исходя из социальных последствий, т.е. патологическим обозначается влечение, носящее социально не одобряемый характер. Однако следует согласиться, что это – не решение вопроса. Необходим иной критерий для разграничения перечисленных влечения как психопатологического процесса и привычки как психологического феномена.

Перечисленные вопросы выходят за рамки собственно наркологической проблематики. Можно также утверждать, что психиатрическая наука осознанно или неосознанно старалась избегать данных сторон психической деятельности человека. Это доказывает тот факт, что эта сфера в психиатрии названа не волевой, а двигательно-волевой. Процесс волевой регуляции поведения практически был исключен из сферы интересов психопатологов, а изучение расстройств влечений основывалось лишь на констатации обнаруживаемых клинически феноменов. Кстати, именно не разработанность данного вопроса и привела к тому, что в МКБ-10 отсутствуют четкие критерии дифференциации патологических влечений от непатологических. Теоретическая неразрешенность данного вопроса способна блокировать создание эффективных методов оказания помощи наркозависимым.

Сошлемся на известные исследования психиатров В.А.Гурьевой, В.Я.Семке и В.Я.Гиндикина (1994), которые попытались проанализировать различия понятия влечения и увлечения, что немаловажно для понимания характера влечения к наркотическому веществу, а значит и для его купирования. По их мнению, увлечения характеризуются осознанностью цели и мотива, интеллектуализированными эмоциями. Их динамика непрерывна, а не приступообразна, им не предшествуют аффективные расстройства по дисфорическому типу, они не осуществляются импульсивно или после субъективно тяжкой борьбы мотивов и обычно не связаны со сферой инстинктов. Влечения же в отличие от увлечений характеризуются «неодолимостью» по Г.Е.Сухаревой, спонтанностью, патологическим напряжением

злобно-гневливого аффекта, инфантильной попыткой проверить себя, нарушением планирования и прогнозирования собственной деятельности и реакций окружающих. Важной характеристикой патологических влечений становится сопряженность с аффективными расстройствами.

Анализируя типичный для наркозависимого в период терапии и реабилитации феномен, названный патологическим влечением к наркотику, можно прийти к выводу, что он не является однородным. В его структуре присутствует как собственно влечение, так и то, что обозначалось выше как увлечение. Следовательно, можно говорить, во-первых, о необходимости дифференцированного, а не унифицированного подхода к оценке механизмов каждого конкретного случая наркозависимости, во-вторых, различных подходов к купированию данной зависимости.

Исходя из вышеизложенного, можно утверждать, что научно обоснованный процесс реабилитации наркозависимого должен быть комплексным и включать в себя в обязательном порядке как собственно психологическую реабилитацию (психотерапевтические, психокоррекционные и консультативные мероприятия), так и психофармакологическое сопровождение – поддержку. В данном разделе упор делается именно на психофармакологическом аспекте.

Известно, что влечение к употреблению наркотического вещества у лица, прошедшего этап купирования физической зависимости, наиболее часто базируется на аффективной составляющей. Вследствие этого, психофармакологическая поддержка реабилитационного процесса в первую очередь нацелена на купирование аффективных расстройств. Тем более, что психотропных препаратов, которые были способны узконаправленно воздействовать на различные стороны волевого процесса не существует. Наиболее сложным в данном вопросе является определение четкой мишени для психофармакотерапии, оценки феноменологии патогенетически значимых переживаний наркомана и определения необходимого психотропного средства и эффективной дозы.

Традиционным для психиатрии и наркологии является выделение лишь двух значимых мишеней для применения антидепрессивных средств – преобладания тоскливого или тревожного радикалов в клинической картине заболевания пациента. Однако подобное обеднение клинических проявлений эмоциональных переживаний пациентов не позволяет досконально уточнить терапевтическую мишень, а значит оказывает влияние на эффективность помощи.

Феноменология психических переживаний наркозависимого включает с нашей точки зрения: 1) переживания с оттенком понижения настроения и тревожностью; 2) переживания с оттенком понижения настроения и тоскливостью; 3) переживания с оттенком понижения настроения и гневливостью; 4) переживания с пониженным настроением и чувством субъективного внутреннего дис-

комфорта; 5) эмоциональные состояния с оттенком снижения уровня эмоционального реагирования; 6) эмоциональные состояния с оттенком нейтрального эмоционального реагирования; 7) переживания со склонностью к смене (колебаниям) настроения и противоречивости. (Подробнее см. выше.) Тонкая феноменологическая оценка аффективных феноменов способна привести к разработке более точных терапевтических мишеней в процессе купирования состояний патологического влечения к наркотику в процессе реабилитации.

Нами было проведено исследование эффективности двух антидепрессантов (леривона и ремерона) в рамках психофармакологической поддержки реабилитационного процесса. Было обследовано 54 пациента (45 мужчин и 9 женщин) с героиновой наркоманией в возрасте от 17 до 34 лет. Стаж наркозависимости составил от 3 до 9 лет. Все пациенты поступили на реабилитационный этап после стационарного купирования абстинентного синдрома. Препараты назначались в следующих дозах: леривон — 30 мг в сутки, ремерон — 30 мг в сутки. Эффективность оценивалась на 21-й день на основании клинического и экспериментально-психологического методов исследования (табл. 35).

Таким образом, можно утверждать, что, что процесс реабилитации наркозависимых должен включать методы психологического воздействия (психологическое консультирование, психокоррекцию и психотерапию) и психофармакологическую поддержку. Антидепрессанты леривон и ремерон могут считаться эффективными для купирования различных аффективных расстройств, способных провоцировать патологическое влечение к наркотику на этапе реабилитации.

*Таблица 35*

**Эффективность терапии леривоном и ремероном**

| | Леривон | Ремерон |
|---|---|---|
| Перeживания с оттенком понижения настроения и тревожностью (13 чел.) | 57,1% | 66,6% |
| Переживания с оттенком понижения настроения и тоскливостью (18 чел.) | 44,4% | 66,6% |
| Переживания с оттенком понижения настроения и гневливостью (8 чел.) | 50,0% | 50,0% |
| Переживания с пониженным настроением и чувством субъективного внутреннего дискомфорта (7 чел.) | 33,3% | 50,0% |
| Эмоциональные состояния с оттенком снижения уровня эмоционального реагирования (5 чел.) | 25% | 25% |
| Переживания со склонностью к смене (колебаниям) настроения и противоречивости (3 чел.) | 50,0% | 0% |

Главная цель психотерапевтического воздействия при алкоголизме — достижение больными полного воздержания от употребления алкоголя. Для успешного достижения этой цели необходимо выполнение следующих задач:

1. Формирование эмоционально окрашенных, доверительных отношений между психотерапевтом и больным, снижение аффективного напряжения, создание атмосферы конструктивного взаимодействия.

2. Преодоление алкогольной анозогнозии, то есть формирование адекватного отношения к болезни и установки на полное воздержание от алкоголя.

3. Группа задач, направленная на осевой симптом алкоголизма — патологическое влечение к алкоголю.

а) установление типа влечения к алкоголю;

б) ослабление или изживание фрустраций, сыгравших ведущую роль в становлении влечения к алкоголю;

в) снижение интенсивности влечения к алкоголю путем методов поведенческой или суггестивной психотерапии, вызывающих индифферентное отношение к вкусу, запаху, внешнему виду спиртных напитков;

г) анализ возможностей больных в плане создания у них альтернативной по отношению к влечению к алкоголю мотивации.

Воздействие на эмоциональную сферу больных включает прямое воздействие на аффективные нарушения (психоэмоциональное напряжение, депрессию) и решение сложных личностных проблем, из-за которых возникли указанные нарушения.

Разрешение и смягчение внутренних конфликтов, связанных с межличностными и внутриличностными проблемами больных, повышение самооценки и самоуважения больных алкоголизмом.

Изменение социально-психологического статуса и образа жизни больных алкоголизмом, коррекция внутрисемейных отношений, изменение стереотипов поведения в производственных ситуациях.

Индивидуальная психотерапия начинается с установления конструктивных доверительных взаимоотношений между специалистом и больным. От этого зависит эффективность лечения. Психотерапевт может выбрать для работы один из следующих стилей: директивное руководство, сопереживающее руководство и эмоционально-нейтральное партнерство. Важно, чтобы выбранный стиль соответствовал личностным особенностям психотерапевта и больного.

В процессе индивидуальной психотерапии можно выделить три этапа:

- Диагностический этап (сбор анамнестических сведений, определение круга проблем);
- Интерпретация психотерапевтом жизненного пути больного. На этом этапе в сознании больного устанавливаются причинно-следственные связи между алкоголизмом различными соматическими и нервно-психическими расстройствами, лично-

стными изменениями. Ведется работа по преодолению анозогнозии. Кроме того, больной должен ответить на вопрос «Для чего я должен бросить пить?»;

- Этап актуализации в сознании больного проблем, которые появятся у него после стационарного лечения.

В ходе проведения индивидуальной психотерапии стоит обратить особое внимание на отношения в диаде «врач-больной». Необходимо помнить, что зависимость пациента от психотерапевта может мешать решению личностных проблем больного. В результате успешно проведенной индивидуальной психотерапии человек должен справляться с возникающими проблемами самостоятельно.

В этом виде психотерапии используется феномен внутригруппового взаимодействия на больных. Групповая психотерапия располагает значительными возможностями для преодоления алкогольной анозогнозии, разрешения или ослабления внутриличностных конфликтов и трудностей межличностного взаимодействия.

Алкоголизм одного из членов семьи неизбежно ведет к нервно-психическому напряжению ближайших родственников. Но семья не всегда готова помочь больному человеку пройти длительный процесс выздоровления. Многие родственники больных не считают алкоголизм болезнью. Для них это распущенность, безответственность, отсутствие чувства долга по отношению к семье. Соответственно они и ведут себя – выражают возмущение, недоверие, эмоциональную сухость. Нередко супруги алкоголиков уже не верят в возможность излечения. Скепсис, иронические реплики, насмешки со стороны близких подрывают веру больных в возможность справиться с болезнью. Понятна усталость близких больного алкоголизмом, но их эмоциональная поддержка очень нужна больному. Сложно отказаться от пагубного пристрастия без участия близких.

Семейная психотерапия направлена на формирование у членов семей алкоголиков правильного отношения к заболеванию и лечению больного, ослабление у них невротической симптоматики, изменение системы внутрисемейного взаимодействия. Важной задачей семейной психотерапии при алкоголизме является анализ и разрушение патологических и манипулятивных взаимоотношений больных с их ближайшими родственниками. Это сложная задача, без разрешения которой невозможно построение истинно доверительных отношений в семье больного.

Семейная психотерапия чаще всего реализуется в триаде «Психотерапевт – больной – супруг больного». На завершающих этапах стационарного лечения и при поддерживающей терапии важную роль играет групповая психотерапия супружеских пар.

Как показывает практика, супруга (супруг) алкоголика часто является самым тонким диагностом динамики влечения к алкоголю. Известно, что жены алкоголиков имеют свою «шкалу» интенсивности влечения и могут довольно точно предсказать приближение ре-

цидива. Это может помочь в лечебном процессе, особенно при анализе мотивов, связанных с алкогольным влечением.

Следует опасаться того, чтобы активное участие супруги больного в лечении не привело к инверсии ролей в семье, к формированию патологически зависимых отношений. Маскулинные по характеру женщины охотно лидируют в семейных отношениях, пробуя полностью контролировать поведение больного. Задача психотерапевта – способствовать формированию благоприятной семейной атмосферы без нарушения ролевого баланса. С психотерапевтической точки зрения важно возложение на больных ответственности, адекватной мужской роли в семье.

### Терапия творческим самовыражением в профилактике алкогольной и наркотической зависимостей

Предложена отечественным психиатром М.Е.Бурно для профилактической работы с группами риска в отношении алкогольной и наркотической зависимостей. Предназначена, в основном, для акцентуированных и психопатических личностей, исключая лиц с острыми психотическими нарушениями. Цель метода – помочь таким людям осознать особенности своего характера и найти соответствующие им, социально приемлемые, занятия и увлечения. В расстройствах настроения человек душевно «расклеивается», испытывает тягостную неопределенность, творчество же как бы «собирает» его индивидуальность.

Терапия творческим самовыражением проводится в два этапа. Первый этап – это самопознание, в ходе которого больной начинает понимать своеобразие собственной личности. На втором этапе осуществляется собственно терапия творческим самовыражением. При этом врач-психотерапевт (медицинский психолог) постепенно подводит пациентов к этим занятиям, побуждая их собственным примером, используя взаимный интерес участников группы к творчеству друг друга.

Основные приемы:

1. Терапия созданием творческих произведений (литература, музыка, живопись, графика, фотографирование, исполнительское творчество, вязание, вышивание, чеканка и т.д.).
2. Терапия творческим общением с природой.
3. Терапия творческим коллекционированием.
4. Терапия проникновенно-творческим погружением в прошлое.
5. Терапия ведением дневника и записных книжек.
6. Терапия творческими путешествиями.
7. Переписка с врачом, письма которого носят психотерапевтический характер.

Рекомендуется использовать следующие формы работы:

1. Индивидуальные беседы (первые 1–2 года от 2-х раз в неделю до 1 раза в месяц; потом еще реже).
2. Переписка врача с больным (от нескольких писем в месяц до нескольких в год).

3. Домашние занятия больных (создание творческих произведений, изучение литературы).

4. Психотерапевтическая группа. Занятия проводятся раз в 1–2 недели, в уютном, неярко освещенном помещении, на фоне негромко звучащей музыки. Оптимальная численность группы – 8–12 человек. Состав участников может меняться. Продолжительность работы составляет от двух до пяти лет.

Примерная тематика групповых вечеров:

1. Расстройства настроения. Беседу – при активном участии участников группы – ведет врач или психолог. Возможно обучение методам АТ, самовнушению.

2. Характеры. Рассказ врача или психолога о трудностях разных характеров (при этом не должны звучать термины «психопат» и «акцентуированная личность»).

3. Творчество, его суть.

4. Творческое общение с литературой, искусством.

5. Творческое общение с природой. Психотерапевтическое воздействие природы на человека.

**Программа 12 шагов, предлагаемая «Анонимными Алкоголиками»:**

1. Признание бессилия перед алкоголем, факта потери контроля над своей жизнью. Человек должен капитулировать, без чего не может начаться процесс выздоровления.

2. Признание того, что выздороветь может помочь только сила, более могущественная, чем сам больной. Это позволяет алкоголику избавиться от ощущения себя центром мироздания и связанных с этим гнетущих обязанностей.

3. Решение перепоручить свою волю и свою жизнь Богу, как они его понимают. Квинтэссенция этого шага – в словах римского императора Марка Аврелия: «Боже, дай мне разум и душевный покой принять то, что я не в силах изменить, мужество – изменить то, что могу, и мудрость – отличить одно от другого».

4. Добросовестный и искренний анализ себя и своей жизни с нравственной точки зрения. Это позволяет определить меры, направленные на достижение желаемых изменений в своей жизни.

5. Искреннее, похожее на исповедь, признание перед Богом, самим собой и другими людьми своих заблуждений. Это избавляет человека от чувства одиночества. Позволяет надеяться на прощение со стороны других людей, что открывает возможность примирения с самим собой.

6. Этап подготовки к дальнейшим изменениям, к избавлению от собственных слабостей. Полное совершенство едва ли достижимо, но стремление к нему дает возможность самосовершенствоваться.

7. Этап, во время которого культивируется смирение. Это создает фундамент для полной капитуляции, подготовка к которой проводилась ранее.

8. Составление списка людей, перед которыми есть чувство вины. Готовность искупить вину перед ними.

9. Шаг конкретных действий, который помогает упорядочить отношения с окружающими. По возможности – реальное возмещение ущерба, причиненного конкретным людям.

10. Углубление самоанализа, ежедневное подведение итогов своего поведения, осмысление своих слабых и сильных сторон.

11. Молитвы и размышления с целью углубить соприкосновение с Богом. Еще раз подчеркивается духовный аспект программы.

12. Активное оказание помощи другим участникам сообщества. Воспитывает чувство самоуважения, без чего алкоголик не в состоянии достичь полной трезвости.

С точки зрения большинства специалистов, работающих в сфере профилактики, терапии и реабилитации зависимых от психоактивных веществ лиц, у программы «12 шагов» есть как преимущества, так и недостатки.

*Преимущества АА:*

- Среда непьющих людей вместо привычной алкогольной;
- Чувство сопричастности из-за принадлежности к значительной организации; ощущение собственной значимости;
- Поддержка членов общества, особенно необходимая при желании выпить;
- Хорошая возможность завести новых друзей – ведь всех АА объединяет нечто общее;
- В АА никто никого не обвиняет. Общество объединяет больных людей, а не «мерзких пьяниц»;
- Помощь в обретении чувства ответственности. Это не ответственность за свою болезнь, а ответственность за ведение трезвого образа жизни;
- Лечение алкоголизма начинается с того, что человек должен признать, что у него есть проблема с алкоголем. АА помогают в этом. С самого начала здесь принято признаваться перед группой: «Здравствуйте! Меня зовут... Я – алкоголик».

*Недостатки АА:*

- Общество не учитывает значения физиологических изменений при алкоголизме. Здесь невозможно получить медицинский совет – ни упражнений, ни изменений в диете, ни приемов релаксации. Часто на собраниях АА предлагаются пирожные, пончики, печенье, сахар, кофе;
- АА предполагает постоянное общение в группе. Это дается легко не всем людям. Многие нервничают на публике и пьют именно для того, чтобы чувствовать себя спокойнее среди других людей;
- Общество требует от человека веры в Бога или какую-то высшую силу. Необходимо обращаться к Богу, просить его о помощи и т.д.;
- Общество настаивает на том, чтобы каждый участник называл себя алкоголиком. Формула приветствия остается одной и той же: «Здравствуйте! Меня зовут... Я – алкоголик». Такое негативное напоминание помогает некоторым людям отстраниться от источника проблемы – алкоголя. Однако это вынуждает не-

которых чувствовать себя слишком виноватыми или в глупом положении. Неплохо было бы слышать и нечто позитивное типа «Здравствуйте! Меня зовут... Я сегодня полон сил, чувствую себя свежим, и счастлив...»;

- Многие испытывают неловкость из-за публичных признаний-рассказов о том, кто что натворил в пьяном виде, как ему (ей) хотелось выпить... Малое количество позитивных высказываний;
- АА слишком сильно привязывают к себе, слишком поглощают. Это сравнимо со сменой предмета зависимости;
- Алкоголь все равно остается центральным вопросом жизни. До вступления в общество мысли участников были поглощены выпивкой, после вступления — воздержанием от нее. Привязанность к алкоголю остается. Только полярность изменилась со знака «плюс» на знак «минус». Продолжаются отношения по типу «любовь» — «ненависть»;
- АА отнимают слишком много времени. Можно использовать его более продуктивно;
- Настойчивое употребление слова «алкоголик» похоже на несмываемый ярлык.

### *Терапия табачной зависимости*

Применяемые в настоящее время методы и средства лечения табакокурения традиционно делятся на две основные формы: фармакологическую и нефармакологическую.

К фармакологическим методам относятся алкалоиды, близкие к никотину по своей химической структуре и фармакологическому действию. Они являются конкурентным антагонистом никотина, обеспечивают вытеснение алкалоида табака из его связей с биохимическими субстратами организма. Это способствует снижению влечения к никотину. К ним относятся: анабазин, лобелин, цитизин, а также жевательная резинка (гамибазин), содержащая анабазин. Другим направлением в подборе средств, имитирующих действие никотина, входящих в состав табачного дыма, является жевательная резинка с никотином и никотин в растворе. По мнению A.Blum (1984) жевательная резинка с никотином не должна рассматриваться как панацея, но ее использование небесполезно в общем комплексе медицинских, социальных и других мероприятий в борьбе с курением табака (Malcolm K.E. et al., 1980; Schneider N. et al., 1983; Russel M.A.H. et al., 1983; Ebert R. et al., 1984).

Особое место занимают препараты неспецифического действия (апоморфин, эметин, танин, растворы азотнокислого серебра, медного купороса для полоскания рта), при использовании которых курение табака сопровождается измененными ощущениями в организме: вкуса табачного дыма, головокружение, сухость во рту, тошнота

и рвота, таким образом, закрепляется отрицательный условный рефлекс к табачному дыму (Андрух Г.П., 1979; Erickson L.M. et al., 1983).

Начиная с 1990 года на рынок выпущены: никобревин и таба-гум. Капсулы никобревина для глотания содержат хинин, камфору, метил валерат и эвкалиптовое масло, предназначенные для ослабления симптомов отвыкания и предотвращения образования слизи в ротовой полости у больных в начальный период отвыкания. Таба-гум представляет собой жевательную резинку с запахом табака, но без никотина, жевание которой снижает желание выкурить сигарету.

По данным J.K.Murphy, N.B.Edwards (1990) во время прекращения курения лица, получавшие доксепин, обнаруживали существенно менее выраженное влечение к сигаретам. Предполагают, что антидепрессанты могут смягчать тяжесть симптомов отмены веществ, от которых наступила зависимость.

В рандомизированном двойном контрольном исследовании субъекты обоего пола при прекращении курения получали антидепрессант венлафаксин или плацебо. Венлафаксин в отношении облегчения симптомов абстиненции был менее эффективным, чем плацебо (Frederick S.L. et al., 1997).

Нортриптилин наряду с когнитивно-поведенческим лечением применен для лечения курящих пациентов с наличием в анамнезе большой депрессии. Препарат назначался в течение 1—12 недель в дозе 50 мг с повышением дозы до 75 и 100 мг в день. В течение года после лечения процент некурящих был вдвое большим, чем при применении плацебо (Hall S.M. et al., 1997).

Индивидуальному комплексному лечению подвергали пациентов с рецидивами курения табака. Терапевтическая тактика строилась с учетом нескольких принципов: диагностика клинической формы, преморбидных, конституциональных особенностей пространственно-временных характеристик воспоминаний и представлений, способности «Я» контролировать эти процессы мышления; использование заместительной терапии (анабазин, хабитрол, лобелин и пр.), психофармакотерапия (нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты) с учетом психического состояния, результатов микропсихиатрического анализа явных и стертых симптомов у лиц с табачной зависимостью; немедикаментозная терапия (иглотерапия, электропунктура); психотерапия в индивидуальной и групповой форме. В период декомпенсации психического состояния у психопатических личностей, при невротических и психосоматических расстройствах в различные сроки ремиссии наблюдалось усиление признаков никотиновой абстиненции. Иногда отмечались отставленные во времени абстинентные явления в период ремиссии по причине циклотимоподобных колебаний настроения. В этих случаях осуществлялось наложение на кожу пластыря Хабитрол с более высокой концентрацией никотина (7, 14, 21 мг в день) и назначение с учетом дина-

мики клинической картины лекарственной терапии (Шарахов Ю.А., 1998).

Наряду с назначением Хабитрола лицам с табачной зависимостью И.В.Конина (1998) рекомендовала препараты, снижающие напряжение и уменьшающие расстройства сна (радедорм, тазепам, рудотель).

C.Bolliger и соавторы (1997) показали, что активное лечение с использованием никотинового пластыря значительно эффективнее, чем плацебо. Более высокая доза никотина в пластыре (25 мг) была более эффективной по сравнению с более низкой (15 мг). Лечение в течение 22 недель не было эффективнее 8-недельного. F.Wimerberger с соавторами (1995) обнаружили, что 16-недельное лечение эффективнее 8-недельного. По результатам исследований R.L.Richmond и соавторов (1997) степень поддержания воздержания лиц с никотиновым пластырем более чем вдвое превосходила плацебо – пластырь. Более успешным применение пластыря было при умеренно выраженной зависимости.

Применение никотин-содержащих препаратов многие рассматривают как заместительную терапию. Их применение ослабляет выраженность синдрома отмены. Подобно метадону при опиатной наркомании, они уменьшают тягу к курению, снижают подкрепляющий эффект табачного никотина. Никотин-содержащие препараты поддерживают некоторые эффекты, для достижения которых пациенты ранее прибегали к курению: поддержание хорошего настроения и работоспособности, лучшее владение собой в стрессорных ситуациях и т.д.

Полезность никоретте по данным клинических исследований N.G.Schneider, M.E.Jarvilk (1984) заключается в направленности его действия на симптомы абстинентного синдрома, возникающего после прекращения курения, особенно на вечерние дисфории. Полагают также (Hughes J.R., Miller S.A., 1984), что никоретте способствует уменьшению раздражительности, тревоги, невозможности сосредоточиться, снижению нетерпеливости, уменьшению числа соматических жалоб. Вместе с тем, никоретте не меняет влечения к сигаретам, не уменьшает беспокойства и тремора.

Повышение эффективности терапии может быть достигнуто за счет комбинированного применения никотиновой жевательной резинки и никотин-высвобождающей трансдермальной системы. Трансдермальная система обеспечивает постоянное и стабильное поступление никотина, а жевательная резинка дополнительно используется пациентом эпизодически, по мере необходимости. Комбинированная терапия бывает и последовательной. В этом случае пациент вначале использует никотиновый пластырь, а затем для поддержания длительной ремиссии периодически применяет жевательную резинку (Henningfield J.F., 1995).

Считается, что лечение препаратами, заменяющими никотин, является наиболее многообещающим фармакологическим методом, целью которого является контролируемое снижение уровня никоти-

на в крови и стабилизация этого уровня без резких изменений, характерных для регулярного курения, и таким образом, ослабление симптомов отвыкания от никотина с последующим прекращением курения. Употребление никотина в виде жевательных таблеток или дисков, накладываемых на кожу, считается в настоящее время наиболее предпочтительным подходом при отвыкании от курения. Многие исследования указывают на успех этого метода, в 2—3 раза превышающий успех в группах плацебо (Fiore M.C. et al., 1994; Silagy C. et al., 1994; Russell M., 1995).

К жевательным таблеткам с никотином относится полакрилекс, содержащий по 2 и 4 мг никотина. Никотин в таблетках соединен с ионообменной смолой, кислотность которой соответствует всасыванию большинства связанного никотина слизистой рта. Около 85% никотина высвобождается из таблеток при жевании и всасывается, в основном через слизистую щек. При медленном спокойном жевании высвобождается и поступает в кровь 90% никотина. При быстром жевании высвобождается больше никотина, чем может быть всосано слизистой, и таким образом никотин попадет в слюну и не достигнет цели (Села Бен-Ами, 1998).

К трансдермальной терапевтической системе относятся — никотинел, хабитрол, никодерм, простеп, никотрол — трех видов, содержащие по 7, 14 и 21 мг никотина, с длительностью всасывания никотина 16 или 24 часа.

По сравнению с плацебо никотиновый аэрозоль облегчал воздержание от курения, уменьшая раздражительность, чувство голода, гнев, пугливость, путанность мыслей, но только в первые дни употребления аэрозоля (Grobe J. et al., 1996). Существуют никотиновые ингаляторы в виде пластикового тюбика, содержащего никотиновую капсулу для поступления никотина орально. Дозировка 4—10 ингаляций в день (Schuchh K.J. et al., 1996). Использование ингаляций никотина полезно для кратковременного отвыкания от курения (Schneider N.G., 1996).

Результаты исследований P.M.Cincirini и соавторов (1996) показали большую успешность применения поведенческой терапии в сочетании с никотиновым пластырем при прекращении курения у пациентов со слабо выраженной депрессией по сравнению с пациентами с выраженной депрессией.

B.Sobetov, V.Sobetova, O.Filtz (1997) изучили возможности использования никотинового карандаша для прекращения курения табака. Механизм действия основан на изменении вкусовой чувствительности к никотину в полости рта. Курс состоял из 7—10 процедур. Позитивный результат наблюдался 86,7% случаев. Авторы рекомендуют данный метод для эффективного лечения табачной зависимости.

В исследованиях L.Schuh и соавт. (1997) лица, курящие табак, во время воздержания принимали внутрь фумарат котинина утром в течение 3 дней (50;100 или 200 мг). Если воздержание от табака увеличивало самооценку лишения, то котинин вызывал зависимое от до-

зы уменьшение степени «подавленности настроения». Авторы поддерживают мнение, что котинин поведенчески активен и посредничает в отдельных компонентах никотиновой зависимости при синдроме лишения табака.

К дополнительным средствам лечения относятся витамины и аминокислоты, дефицит которых выявляется при курении, особенно в период абстиненции (витамины С, группы В и глютаминовая кислота). Е.С.Черник и Е.Б.Попова (1984) рекомендуют за 1–2 недели до полного отказа от курения принимать аскорбиновую кислоту по 200–300 мг в день.

E.J.Houtsmuller с соавторами (1997) изучали влияние налтрексона на курение и воздержание. В результате исследования сделан вывод: влечение, побуждение к курению, повышение аппетита были снижены при приеме налтрексона. Налтрексон не влияет на курительное поведение, но может влиять на специфические симптомы абстиненции.

В.К.Смирнов, Т.Н.Соколова, О.И.Ермолова (1990) разработали основные критерии клинико-дифференцированного подхода к комплексной терапии табачной зависимости с учетом клинического состояния, возникающего при прекращении курения табака. При идеаторной и диссоциированной формах табачной зависимости на фоне общеукрепляющей терапии (витамины, ноотропы) назначались транквилизаторы (феназепам 0,5–2,0 мг, рудотель 5–10 мг в сутки), малые дозы антидепрессантов (азафен 12,5–25 мг в сутки, амитриптилин 12,5–25 мг в сутки) в сочетании с никореттом. В рамках психосоматической формы табачной зависимости наиболее эффективным терапевтическим подходом с целью купирования синдрома отмены явилась комбинированная терапия никореттом с транквилизаторами типа феназепама 1–3 мг, сибазона 10–15 мг, грандаксина 50–100 мг, тазепама 10–30 мг в сутки, финлепсина до 200 мг в сутки, антидепрессантами типа азафена 25–75 мг, амитриптилина 25–50 мг, герфонала 25–50 мг, мелипрамина 25–50 мг в сутки, нейролептиками типа сонапакса 10–30 мг, френолона 5–15 мг в сутки, назначаемыми дифференцированно в зависимости от преобладания той или иной симптоматики в психическом состоянии больных (Смирнов В.К., 1993).

В качестве средств для прекращения курения Села Бен-Ами (1998), E.Rose Jed (1996) обсуждают: гипноз, акупунктуру, самоконтроль, использование сигарет без табака, метод, вызывающий отвращение к курению, заменители никотина, клонидин, блокаторы никотина, препараты, заменяющие никотин (жевательные таблетки, содержащие никотин, никотиновый пластырь, никотиновый аэрозоль, никотиновый назальный спрей, никотиновая ингаляция), антидепрессанты, ингаляции лимонной кислоты, аскорбиновой кислоты, экстракта перца.

Для медикаментозного лечения табачной зависимости применяют блокаторы никотина. Лобелин частично и конкурентно связывающий абсорбент никотина. Мекамиламин является активным

антиподом абсорбентом никотина, аналогичен по употреблению налоксону отвыкающими от наркотиков группы опиатов. Хлоризондамин блокирует влияние никотина на центральную нервную систему, не влияя при этом на автономные периферические ганглии. Этот препарат применяется внутривенно. При жевании таблеток ацетата серебра (табминт – tabmint), либо при прополаскивании полости рта содержащей его жидкостью, ацетат серебра реагирует с сигаретным дымом, при этом во рту образуется неприятный вкус.

Клонидин – активный адренергический абсорбент, относительно которого доказано, что он предупреждает возникновение симптомов отвыкания при отвыкании от наркотиков группы опиатов и от алкоголя, и который проверен на действие при отвыкании от курения. В некоторых исследованиях отмечено, что клонидин помогает отвыкающему от курения, но это вещество не утверждено к широкому использованию из-за побочных явлений, таких как снижение артериального давления и сонливость, ускорение сердечного ритма и беспокойство (Lee E.W. et al., 1993).

О.И.Эпштейн (1998) изобрел способ медикаментозного лечения наркомании, в том числе табакокурения. Способ позволяет повысить эффективность лечения. Для этого вводят потенцированный морфин, полученный путем многократного последовательного разведения и встряхивания по гомеопатическому методу. Исходным веществом является морфин (смесь опийных алкалоидов). В период острых интоксикационных и абстинентных проявлений сочетают введение потенцированного морфина с привычным наркотиком, который также готовят по гомеопатическому методу.

C.Silagy с соавторами (1997) в своих исследованиях изучали эффективность жевательной резинки, пластырей, интраназального аэрозоля, ингаляционных препаратов, содержащих никотин. Среди добровольно решившихся на такую терапию абсолютная частота избавления от никотиновой зависимости была выше. Заместительная никотинотерапия (жевательная резинка, пластыри и интраназальный аэрозоль) способствовала длительному отказу от курения у решивших прекратить курить.

С.П.Гарницкий и Л.В.Шутеева (1982, 1993) с целью сокращения сроков лечения, уменьшения осложнений терапии предложили способ лечения табакокурения. После установления психоэмоционального контакта с пациентом орошают область языка и зева хлорэтилом, обеспечивая вдыхание паров препарата. Процедуру повторяют через 3–6 часов, а также на 3-и и 7-е сутки лечения. Дополнительно в течение недели назначают пирацетам по 0,4 г три раза в день per os. Лечение синдрома отмены при табачной зависимости осуществляется путем предварительного за 5–6 часов до проведения психо- и рефлексотерапии применения хлорэтила, которым орошается полость рта с одновременным вдыханием его паров, и 1,0% пилокарпина гидрохлорида.

Нефармакологические способы лечения курения табака можно разделить на несколько групп: методы выработки отвращения к курению путем «быстрого курения»; нанесение электрического разряда в момент извлечения сигареты из пачки с одновременным контролем за снижением количества выкуриваемых сигарет (Fox R.M. et al., 1983); применение градуированных внешних фильтров (Himowitz N. et al., 1982); селективное производство табака со сниженным содержанием никотина и смолистых веществ (Bobo J.K., 1983); программы с использованием техники стимулирующего контроля и самоконтроля (Colletti G. et al., 1982). В данный комплекс лечения входит психотерапия, в том числе гипнотерапия (Андрух Г.П., 1979), эмоционально-стрессовая психотерапия, методы иглорефлексотерапии с психотерапевтическим потенцированием (Дуриняи А.Р., 1982; Руднев С.Г., 1980; Самсыгин В.Ю., 1980; Устинова М.А., 1980; M.Granjon, 1982).

Среди методов психотерапии табакокурения определенное место занимает стресс-психотерапия по А.Р.Довженко. При воздействии на больного она включает систему позитивного подкрепления как универсального механизма саморегуляции и самоконтроля функций организма. Г.З.Шакирзянов с соавторами (1996) предлагают следующие методики позитивной психотерапии: 1) успокаивающий тип дыхания – при типе курения «расслабление»; 2) очистительное дыхание – при курении по типу «поддержка».

Существует метод электропунктуры по биологически активным точкам – корпоральным и аурикулярным. Метод безболезненный, комфортный, исключает опасность инфицирования в связи с повреждением кожи, хорошо переносится, не дает осложнений, не требует больших затрат времени (3–4 процедуры на курс). Во время процедуры отмечается исчезновение желания курить, явление никотиновой абстиненции проходит, во рту появляется вкус металла, иногда легкое головокружение. После первой процедуры при попытке закурить у пациентов появляется отвращение к запаху и вкусу табака. Отсутствует прежнее удовлетворение после выкуренной сигареты. После повторных сеансов влечение к курению практически исчезает, и большинство пациентов (около 80%) прекращали курение. С.В.Шевченко (1996) пришел к выводу, что аурикулярная рефлексотерапия является достаточно эффективным методом лечения табакокурения.

Широкое распространение получила методика акупунктуры, которая первоначально применялась для лечения наркоманов, пристрастившихся к курению опиума (Села Бен-Ами, 1998). С помощью акупунктуры, по мнению (Choy D.S.J. et al., 1983; Erydrychowski A., Ostrowska B., 1984) гасится влечение к курению табака и снижается симптоматика абстинентного синдрома. С другой стороны иглоукалывание статистически существенного результата не имеет (Law M., Tang J.L., 1996).

Определенные преимущества перед иглорефлексотерапией имеет способ лечения табакокурения методом краниальной электрости-

муляции с использованием токов Буренко (Буренко Б.Н., Мельникова Т.С., Смирнов В.К., 1986).

По результатам исследований П.И.Сидорова и соавт. (1995) антиникотиновый пластырь «Хабитрол» в сочетании с рефлексотерапией сокращал сроки купирования абстинентного синдрома и снимал влечение к никотину.

О.В.Новиков (1998) описал метод лечения с использованием индивидуальной и групповой терапии, включающей свето-цветоимпульсную терапию, режим питания, гидротерапию, дозированную физическую нагрузку. Ремиссия в течение 6—12 месяцев отмечена у 94%.

G.Laqrue (1996) считает, что традиционные неспецифические методы лечения – иглоукалывание, гомеопатия – никакого научного объяснения не дают, их можно сравнить с плацебо. Роль врача, консультирующего курящего – учитывать проблемы никотиновой зависимости, назначить никотиновый пластырь или жевательную резинку с никотином, оказать психологическую поддержку. Больной должен находиться под врачебным контролем не менее 6 месяцев.

Есть попытки сочетания методики «быстрого курения» с гипнозом (Barkley R.A. et al., 1977). Однако применение гипноза для прекращения курения табака по данным большинства исследователей, не дает преимущества перед другими средствами и поэтому не находит широкого применения во врачебной практике (Buchkremer G., 1978; Berchowitz B. et al., 1979; Prokop H., 1980)

Метод самоконтроля основан на лечении поведением в поддерживающей группе в течение 10 недель, при постепенном уменьшении количества выкуриваемых сигарет (С.Бен-Ами, 1998). Постепенное снижение количества выкуриваемых сигарет ведет к медленному постепенному снижению концентрации никотина в крови (Benowitz N.L., 1988). Предполагается, что таким путем сводятся к минимуму симптомы абстинентного синдрома, которые всегда сопровождают резкие попытки прекращения курения табака и являются одним из факторов его рецидива.

Для прекращения курения табака были предложены искусственные сигареты или наполненные лекарственными травами, пропитанными ароматическими маслами, сигареты из листьев салата для удовлетворения потребности «держать во рту и сосать сигарету». Обычные и деникониттизированные сигареты в равной степени эффективны в уменьшении симптоматики абстиненции (по субъективным ощущениям и содержанию CO в выдыхаемом воздухе). При этом в отличие от обычных сигарет деникотинизированные не повышали уровень никотина в плазме крови. M.Butschky с соавт. (1995) делают вывод о том, что деникотинизированные сигареты снижают тяжесть абстинентного синдрома при прекращении курения.

Так как употребление табака порождает физическую (никотин) и психологическую зависимость, стратегии лечения по мнению F.Ferris et al. (1997) должны учитывать эти оба аспекта и включать: 1) медицинскую информированность; 2) фармакологическое лече-

ние: симптоматические препараты и никотин; 3) психологическое лечение, включающее позитивное укрепление, отвращающие методы и гипноз; 4) акупунктура, коллективные и индивидуальные воздействия.

В Японии H.Takaharu (1997) с минимальной модификацией осуществил оригинальную 5-дневную групповую многокомпонентную программу прекращения курения. Программа обучает курильщиков когнитивным и поведенческим механизмам, необходимым при прекращении курения табака.

Практически отсутствующая в научных работах клиническая терапевтическая обратная динамика табачной зависимости не позволяет использовать их в анализе проблем резистентности, ремиссий, рецидивов, роли аффективных расстройств в клинике табачной зависимости. Последние в обзорной работе С.В.Пирожкова и др. (1996) наличествуют только в структуре синдрома отмены табачной зависимости. Однако как показывает анализ научных работ, наиболее частым спутником табачной зависимости являются не только аффективные расстройства в рамках синдрома отмены. По данным В.К.Смирнова и его сотрудников у больных табачной зависимостью существует группа аффективных расстройств, не связанных с синдромом отмены и патологического влечения к курению табака. Их участие в становлении курения табака, интенсивности курения предполагается рядом исследователей. Все это требует дальнейшего углубленного клинического изучения для решения, в частности, вопросов возможной патогномоничности аффективных расстройств в клинике табачной зависимости, определения какого именно круга эти аффективные расстройства, их роли в становлении и формировании табачной зависимости, существующей резистентности к терапии, участия в мотивообразовании прекращения курения табака. Необходимость клинического дифферецированного подхода к диагностике аффективных расстройств при табачной зависимости позволило бы не только решить вопросы повышения эффективности терапии, но и использовать клинический метод для целенаправленного изучения вопросов этиопатогенеза табачной зависимости.

## *Психофармакотерапия и психотерапия нехимических зависимостей*

Психофармакотерапия – это лечение психических расстройств и заболеваний, поведенческих девиаций с использованием психотропных лекарственных средств. Для коррекции поведенческих расстройств в рамках расстройств личности (в прежней терминологии – психопатий) и разнообразных девиаций используются следующие группы психотропных препаратов:

- нейролептики (антипсихотики);
- транквилизаторы (анксиолитики);

- антидепрессанты;
- психостимуляторы;
- ноотропы (церебропротекторы);
- нормотимики (стабилизаторы настроения);
- антиконвульсанты.

Основным принципом применения психотропных препаратов является симптомо- и нозоцентризм. Каждое из лекарственных средств имеет свои показания и противопоказания в зависимости от выявляемых психических расстройств, относящихся к различным группам.

*Нейролептики* используются в психологии девиантного поведения для купирования психопатологического типа девиаций при таких формах отклоняющегося поведения, как: агрессивное поведение в виде эксплозивного, психоорганического, кататонического, гебефренического, параноидного (галлюцинаторно-параноидного), паранойяльного, парафренного, делириозного, сумеречного расстройства сознания. К примеру, обоснованным считается применение нейролептиков при девиантном поведении на базе бреда ревности. Основным показанием для применения нейролептиков, называемых по другому антипсихотиками, является психотический уровень психических расстройств, характеризующийся грубой дезорганизацией деятельности человека вплоть до антисоциальных действий, нарушением продуктивного контакта с реальной действительностью и отсутствием критичности к своему поведению.

Особую группу препаратов нейролептического ряда составляют т.н. «корректоры поведения». Они применяются для снятия психомоторного возбуждения и упорядочения поведения лица с грубыми психопатическими (личностными) расстройствами, при условии, что иными психологическими способами и методами купировать их не удается.

К *транквилизаторам* относят препараты, основным эффектом которых является нормализация эмоционального состояния человека. Второе название транквилизаторов – анксиолитики – указывает на базисный спектр их действия, а именно, купирование симптомов тревоги, страха, а также раздражительности и эмоциональной лабильности. Если нейролептические средства для терапии девиантных форм используются редко, то к транквилизаторам прибегают часто.

Группа психотропных препаратов, названная *антидепрессантами*, используется не только для лечения депрессивных состояний и, в частности, аутистического и суицидального поведения. Спектр ее действия значительно шире. В настоящее время антидепрессанты используются при таких поведенческих девиациях, как: расстройства привычек и влечений (трихотилломания, пиромания, клептомания и др.), нарушения пищевого поведения (анорексия и булимия).

*Психостимуляторы* используются с целью активизировать психическую и физическую деятельность как у больных, так и у здоровых лиц. Показаниями для них служат, в первую очередь, астениче-

ские состояния. Группа *ноотропных препаратов* характеризуется избирательным действием на интеллектуальную продуктивность.

*Нормотимики (тимоизолептики)* – это препараты, обладающие способностью предупреждать резкие колебания настроения (от состояний эйфории до депрессии). Основной терапевтической мишенью для нормотимиков считается биполярные аффективные расстройства (в прежней терминологии – маниакально-депрессивный психоз). Для лечения девиантных форм поведения нормотимики используются в сексологической практике (при сексуальных девиациях).

### Методы и способы психологической и психофармакологической коррекции и терапии зависимостей

Несмотря на то, что агрессивное и аутоагрессивное поведение не является (или является крайне редко) по своим механизмам зависимым (аддиктивным), при различных формах зависимого поведения перечисленные девиации нередки. При обнаружении и диагностике различных по структуре разновидностей **агрессивного девиантного поведения** предлагается использование разных способов и методов коррекции и терапии. Психопатологический тип девиантного поведения с преобладанием агрессивных по форме тенденций диктует необходимость применения нейролептиков и транквилизаторов. Наиболее часто используются такие *нейролептические средства*, как: аминазин, или хлорпромазин (в дозе до 300–600 мг в сутки); галоперидол (до 20–40 мг в сутки); азалептин, или клозапин, или лепонекс (до 300 мг в сутки); тизерцин, или левомепромазин (до 100 мг в сутки); трифтазин, или трифлуоперазин, или стелазин, или тразин (до 60 мг в сутки); клопиксол, или зуклопентиксол (до 50 мг в сутки); неулептил, или перициазин (до 50 мг в сутки); топрал, или сультоприд (до 800 мг в сутки); тиоридазин, или сонапакс, или меллерил (до 80 мг в сутки); тиаприд (до 300 мг в сутки); мажептил, или тиопроперазин (до 40 мг в сутки); модитен-депо, или флуфеназин (до 10 мг в сутки); хлорпротиксен (до 100 мг в сутки). Психофармакотерапия с использованием нейролептиков показана при агрессивном поведении лишь в случаях обнаружения психотического уровня психических расстройств. *Транквилизаторы* также могут использоваться, но чаще при непсихотическом уровне агрессивного поведения в виде раздражительности, гневливости, несдержанности и пр. в рамках психопатологической симптоматики. Рекомендуют такие препараты, как: седуксен, или реланиум, или сибазон, или диазепам (до 30 мг в сутки); феназепам (до 10 мг в сутки); элениум, или хлордиазепоксид (до 30–50 мг в сутки); нозепам, или оксазепам, или тазепам (до 20–40 мг в сутки).

Считается, что до определенной степени эффективным в коррекции агрессивности человека может оказаться тактика запретов и наказаний. Она показана лишь при диагностике делинквентного и криминального типа поведенческой девиации и ее применение научно необосновано и бессмысленно при иных типах. Страх наказа-

ния не способен изменить аддиктивное, патохарактерологическое или психопатологическое агрессивное поведение.

Одним из приоритентных и эффективных способов *психокоррекции агрессивного поведения* считается тренинг социальных умений. К нему прибегают в случае добровольного желания клиента избавиться от агрессивных паттернов поведения, обучиться сдержанности. По данным Р.Бэрон и Д.Ричардсон, тренинг социальных умений при агрессивном поведении заключается в следующих процедурах:

1) моделирование, предполагающее демонстрацию лицам, не имеющим базовых социальных умений, примеров адекватного поведения;

2) ролевые игры, предлагающие представить себя в ситуации, когда требуется реализация базовых умений, что дает возможность на практике проверить модели поведения, которым испытуемые обучились в процессе моделирования;

3) установление обратной связи – поощрения позитивного поведения («позитивное подкрепление»);

4) перенесение навыков из учебной ситуации в реальную жизненную обстановку.

Методы психологического консультирования или психотерапии при агрессивном поведении являются значительно менее эффективными по сравнению с психокоррекционными мероприятиями.

**Аутоагрессивное поведение в виде суицидальных тенденций** часто базируется на неспособности личности разрешить какую-либо жизненную ситуацию, внутриличностный конфликт и протекает, как правило, на депрессивном фоне настроения. Вследствие этого, коррекция и терапия суицидального поведения должна быть комплексной и включать в себя как психологическое воздействие, так и *психофармакологическую поддержку*. Наиболее эффективный фон для проведения психологического воздействия создается с помощью антидепрессантов: амитриптиллина, или амизола, или триптизола, или эливела (в дозе до 200 мг в сутки); анафранила, или кломипрамина (до 50 мг в сутки); людиомила, или мапротилина (до 150 мг в сутки); миансерина, или леривона (до 60 мг в сутки); ауроликса (600 мг в сутки); азафена, или пипофезина (до 200 мг в сутки); коаксила, или тианептина (до 40 мг в сутки); феварина (до 200 мг в сутки); прозака, или флуоксетина (до 40 мг в сутки); паксила (до 50 мг в сутки). При наиболее глубоких психотического уровня депрессиях применяют: меллипрамин, или имипрамин (до 100 мг в сутки); золофт, или сертралин (80 мг в сутки). Некоторые ученые считают, что более правильным для купирования депрессивной симптоматики у человека с суицидальными намерениями является использование не антидепрессантов, а транквилизаторов, обладающих нормализующим настроение эффектом.

Из приоритетных, обоснованных и наиболее эффективных способов психологической помощи лицам с суицидальным поведением можно считать *психологическое консультирование*, подразумевающее воздействие на личностную базу индивида с целью разрешения его

экзистенциальных проблем. Подобный подход диктуется тем фактом, что, как правило, сердцевиной суицидального поведения является экзистенциальный кризис в виде кризиса бессмысленности. Следовательно, основным методом терапии и коррекции суицидального отклоняющегося поведения является *экзистенциальная психотерапия*, включающая и логотерапию. Основной целью экзистенциальной психотерапии считается обретение человеком утраченного смысла жизни в процессе консультирования. Процедура консультирования включает совместные размышления психолога (психотерапевта) и суицидента на тему смысла жизни с целью нахождения чего-то, что могло бы заполнить «экзистенциальный вакуум». Делается попытка доказать и убедить клиента в том, что «никакого смысла, никакого великого замысла вселенной, никаких направляющих жизненных ориентиров жизни не существует, за исключением тех, которые создает сам индивид» (И.Ялом) и даже «страдание может иметь смысл, если оно меняет человека к лучшему» (В.Франкл). Главным психотерапевтическим ответом на бессмысленность существования, в частности в условиях суицидального поведения индивида, по мнению И.Ялома, является параметр вовлеченности.

Психологическая коррекция и терапия **зависимостей пищевого поведения** включает использование как психофармакотерапии, так и комплекса психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий. В фармакотерапии девиантного поведения на базе **анорексии** эффективными считаются *антидепрессанты* (амитриптиллин, мелипрамин, коаксил, азафен, анафранил, феварин – дозировка зависит от нозологической принадлежности расстройства, сопутствующих симптомов, а также от соматического состояния пациента) и *нейролептики* (трифтазин, сонапакс, терален). При **булимическом поведении** эффективными также считаются антидепрессанты (амитриптиллин, коаксил, а также прозак в дозах до 60 мг в сутки).

Приоритетными и эффективными психологическими методами коррекции и терапии нарушений пищевого поведения считаются *семейная психотерапия и групповые формы психотерапии*. Первая направлена на восстановление измененных семейных взаимоотношений, вторая – на коррекцию самооценки.

Большинство исследователей отмечают значимость и обоснованность применения при нарушениях пищевого поведения семейной психотерапии в связи с тем, что семьям таких больных присущ ряд закономерностей и деформаций, требующих коррекции. В частности, отмечается, что матери анорективов, как правило, обладают чертами властности, деспотичности. Они склонны подавлять волю детей и лишают их всякой инициативы. По мнению М.В.Коркиной, такие матери отличаются также «большим аффективным зарядом с высоким уровнем самоутверждения и честолюбия». Отцы же, наоборот, обладают прямо противоположными чертами характера: они неактивны, малодушны, мрачны, необщительны, в семье находятся на вторых ролях. Некоторые авторы (A.Baracai, L.Lenger) отмечают, что в таких семьях нередки отцы-самодуры, деспоты. Существует также

мнение, что подростки-аноректики «уходят в болезнь» с целью обратить на себя внимание вечно ссорящихся родителей.

Значимыми семейными паттернами в формировании девиантного пищевого поведения считаются традиции отношения к пище и ритуалы питания. Считается, что в семьях большинства больных существует «культ еды либо подчеркнутое пренебрежение к ней». Кроме того, в таких семьях постоянно ведутся разговоры о «некрасивости полноты», «утонченности вкуса». В рамках семейной психотерапии (консультирования) нарушений пищевого поведения упор делается на анализ и исправление патогенных традиций отношения к питанию и еде. Терапия проводится в виде бесед и разборов типовых семейных ситуаций.

Коррекция самооценки является одним из значимых методов восстановления адекватного самовосприятия и самопринятия, формирования правильной «Я-концепции» у лиц с нарушениями пищевого поведения в виде анорексии и билимии. Однако следует помнить о том, что подобное поведение может носить психопатологический характер (дисморфомания психотического уровня, например, при шизофрении) и меры психологического воздействия не способны привести к желаемому результату. «Положительная оценка своего внешнего облика в сознании человека, а также в суждениях окружающих – по мнению Р.Бернса, – может существенно влиять на позитивность его Я-концепции в целом, и наоборот, отрицательная оценка влечет за собой существенное снижение общей самооценки».

Терапия и коррекция отклоняющегося поведения в форме **сексуальных зависимостей – парафилий** представляет большую область научных знаний и практических умений. Выбор тактики и стратегии терапии сексуальных девиаций зависит от взгляда на патогенетические основы аномального сексуального поведения. Для одних исследователей «почти бесспорным» является факт преимущественного значения органической патологии в формировании парафилий (А.А.Ткаченко). Для других – это отнюдь не очевидно и роль социогенных влияний расценивается как решающая (И.С.Кон). Следует отметить, что в формировании различных форм сексуальных девиаций значение биологических и психологических параметров разнится, но можно утверждать, что парафильное поведение несет в себе биопсихосоциальные основы. Вследствие этого, приоритетным может считаться комплексный подход к коррекции и терапии аномального сексуального поведения, ориентированный на феномен, симптом и нозологическую принадлежность девиантного поведения.

Ранее активно предлагались и использовались радикальные терапевтические меры при лечении перверсий. Одной из таких мер была хирургическая кастрация сексуальных преступников с парафильным поведением, базировавшаяся на научных данных о значительном снижении парафильного поведения после кастрации преступников. Другой радикальной мерой называлась стереотаксичес-

кая операция – фронтальная лоботомия. В настоящее время по этическим соображениям подобные операции не проводятся.

Наиболее актуальными, по мнению А.А.Ткаченко, на сегодняшний день являются следующие методы лечения парафилий:

1) гормонотерапия с использованием антиандрогенов (ципротерон-ацетата, медроксипрогестерон-ацетата, флютамида);

2) использование негормональных препаратов со специфическим отрицательным влиянием на половое влечение у мужчин (бенперидол);

3) психофармакотерапия коморбидных аффективных расстройств с помощью антидепрессантов и нормотимиков (анафранила, прозака и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, солей лития и карбамазепина);

4) психофармакотерапия антиконвульсантами;

5) неаверсионная психотерапия.

Главной целью комбинированной психотерапии аномального сексуального поведения считается реализация поведения, замещающего парафильное в функции обеспечения эмоциональной саморегуляции, а стержневым приципом – принцип «зеркального онтогенеза», т.е. этапы психотерапии должны повторять этапы онтогенеза в обратном порядке. Г.Е.Введенским предложены следующие этапы психотерапии сексуальных девиаций:

а) этап разрушения паттерна аномального сексуального поведения, во время которого приоритетными становятся техники телесно ориентированной терапии (действующей на мышечный компонент паттерна), гештальттерапии (направленной на «отщепление» эмоционального компонента) и нейролингвистическое программирование (воздействующее на сенсорный компонент).

б) этап купирования аффективных нарушений с помощью трансовых техник.

в) этап психокоррекции расстройств половой идентичности в виде тренингов полоролевого поведения, выработки эмпатии к жертве и пр.

г) этап выработки и реализации поведения, замещающего парафильное, к примеру, с помощью рефрейминга.

В терапии *гиперсексуального поведения* важная роль отводится психофармакотерапии. В зависимости от этиопатогенеза могут применяться транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты, ноотропы, гормональные препараты. Наряду с ними, эффективными считаются методы психологической помощи, в частности *поведенческая секс-терапия*. Она используется при многих сексуальных девиациях и включает в себя (И.Кемпер): тренировку чувствительности, технику «стоп-старт», мастурбационные техники. Кроме этого известна такая методика, как «запретный плод».

При терапии нарушений психосексуального развития в форме его ускорения или ретардации, нередко становящимися базой для формирования сексуальных зависимостей, основным является психофармакотерапия с использованием малых доз транквилизаторов и

антидепрессантов. Терапевтическая стратегия зависит от этиопатогенетических механизмов отклонений.

Наибольшие сложности возникают при коррекции и терапии таких сексуальных девиаций, как: *педофилия, эксгибиционизм, вуайеризм, фетишизм, садомазохизм*, характеризующихся периодически возникающими сексуальными влечениями и фантазиями, включающими необычные (нетрадиционные) предметы, осуществляющиеся в виде поступков, нарушающих нормы, и нередко сопровождающиеся дисстрессом и состоянием эмоционального дискомфорта в связи с их существованием. Терапия перечисленных сексуальных девиаций должна быть комплексной, феномено-, симптомо- и нозоцентрической и включать психофармакотерапию и методы психологической коррекции и терапии. Из психотропных препаратов наиболее часто применяются нейролептики, антиконвульсанты, антидепрессанты, транквилизаторы, ноотропы.

E.Schorsch различает четыре уровня психотерапевтической работы при парафилиях: уровень жизневспоможения, вмешательства при кризисах, коррекции методом поведенческой психотерапии в ограниченных областях и уровень толкования и противостояния. Основой психологической работы при сексуальных девиациях в виде парафильного поведения считается поведенческая психотерапия – тренинги совладающего поведения.

По мнению В.Н.Краснова и И.Я.Гуровича, в методике комплексной терапии расстройств сексуального предпочтения выделяется несколько последовательных этапов:

1 этап – коррекция эмоционального фона и закрепление установки на лечение. Важное место при этом занимает нормализация соматических функций, оптимизация режима сна-бодрствования. При астенических явлениях используются препараты нейрометаболического действия, адаптогены. Для коррекции аффективных нарушений депрессивного круга используются антидепрессанты (анафранил – при наличии обсессивных расстройств, амитриптиллин и людиомил – при преобладании тревожных расстройств), транквилизаторы по показанию. Психотерапевтическое лечение включает рациональную психотерапию, суггестию в гипнозе и бодрствующем состоянии, самовнушение с использованием модифицированных методик самовнушения.

2 этап – ослабление, а затем и устранение патологического сексуального влечения и связанных с ним переживаний. Особое внимание уделяется устранению тенденций к самообвинению, формированию чувства уверенности в себе.

3 этап – выработка адекватного эстетического восприятия лиц противоположного пола, правильного этического отношения к ним. Формируются и закрепляются навыки естественного общения с лицами противоположного пола.

4 этап – формирование и закрепление адекватного эротического отношения к лицам противоположного пола.

Учитывая выявленный факт сочетания парафильного поведения с параутистическими тенденциями (А.А.Ткаченко), характеризую-

щий общий механизм психического развития индивида как неравномерный и асинхронный, стратегия психотерапии и коррекции сексуальных девиаций должна включать развитие навыков коммуникативной компетентности и толерантности, избегание формирования гиперролевого поведения. В основе парафилий многие авторы усматривают незрелость психики, нарушения самосознания, коммуникативные нарушения, признаки психической ригидности, склонность к искажениям сознания в период исполнения девиантного акта, а также признаки психического регресса (онтогенетического в виде символизации, стереотипизации и предпочтении игровой деятельности и филогенетического).

Терапия и коррекция сексуальных девиаций, основанных на нарушении процесса половой идентификации, также является крайне сложной. К психофармако- и психотерапии прибегают лишь в случаях, когда девиант стремится избавиться от психологического дискомфорта (или иных сопутствующих проблем) в связи с сексуальными отклонениями. Психокоррекция *транссексуализма* направлена на психологическую поддержку в подготовительный к хирургической операции по смене пола период, а также после перемены пола на этапе гормональной коррекции. Сутью психологической помощи является коррекция возможных психогенных реакций на новый соматический статус. В случае обращения за помощью девианта с *трансвестизмом двойной роли* используется суггестивная психотерапия.

Особо следует отметить случаи *гомосексуализма*, при которых сам индивид желает избавиться от нетрадиционной сексуальной ориентации. Мотивами обращения к специалистам в подобных случаях являются социально-психологические проблемы, возникающие у гомосексуалиста в связи с сексуальной ориентацией, и нарушения адаптации. Тактика психологической помощи строится на научном факте признания гомосексуального поведения разновидностью непатологического поведения и отсутствием показаний к лечению. Предпочтительно использование рациональной психотерапии. В некоторых случаях интенсивная психотерапия в сочетании с гормонотерапией приводит к изменению сексуальных предпочтений и ориентации индивида (Г.С.Васильченко). Успех зависит от возраста (лучше поддаются терапии лица моложе 35 лет), наличия и стойкости гетеросексуального опыта.

При **сверхценных психологических увлечениях** крайне редко показаны какие-либо фармакологические методы коррекции, а применение психотерапии обосновано в случаях нарушения коммуникации. Основным методом психологического консультирования при сверхценных психологических увлечениях в форме «паранойи здоровья», трудоголизме, гемблинге, фанатизме считается *позитивная психотерапия*. С ее помощью удается продемонстрировать девианту суть его отклоняющегося поведения, проанализировать признаки гармоничного поведения и возможные негативные последствия девиации.

*Таблица 36*

**Особенности терапевтического воздействия при патохарактерологических расстройствах**

| Стадия | Объект | Вид | Цель | Эффект |
|---|---|---|---|---|
| **Острая** | Острые, подострые стрессовые воздействия<br><br>Неблагополучная микросреда | Социотерапия<br><br>Рациональная ПТ<br><br>Гипносуггестивная ПТ<br><br>Наркопсихотерапия | Выяснение психогенеза клинических проявлений<br>Определение индивидуально-непереносимых конфликтов<br><br>Преодоление невротических механизмов реагирования<br><br>«Разрыхление» и преодоление патологического стереотипа поведения | Целенаправленное изменение отношений личности к психотравмирующим ситуациям. Коррекция межличностных отношений<br>Снятие эмоциональной напряженности, создание психологической «экологической ниши»<br>Нивелировка характерологических девиаций |
| **Подострая** | Социально-психологическая структура личности | Аутотренинг<br><br>Недирективная групповая ПТ<br>Интенсивная психотерапия<br>Психоортопедия<br>Трудотерапия | Произвольная регуляция вегетативных дисфункций<br>Формирование компенсаторных механизмов<br>Реадаптация, ресоциализация, восстановление социального статуса | Выработка позитивных личностных качеств<br>Мобилизация резервных волевых ресурсов<br><br>Рациональное трудоустройство |
| **Затяжная** | Конституционально-биологическая и соматогенно-органическая основа | Общеукрепляющая, соматофизиотерапия, рефлексотерапия, гормонотерапия<br><br>Стимуляторы, антидепрессанты, транквилизаторы | Устранение соматогенных механизмов фиксации симптомов.<br>Минимизация органической, эндокринной симптоматики<br>Направленная регуляция хеморeактивных систем | Снятие астении, облегчение психотерапевтической работы<br>Устранение вазовегетативных, астенических и депрессивных явлений<br>Купирование стойких ипохондрических и других состояний |

Коррекция и терапия **характерологических и патохарактерологических реакций** подростков, нередко становящихся основой зависимостей, строится на традиционной основе корригирования т.н. психопатических реакций. Комплексное терапевтическое воздействие при патохарактерологических расстройствах подразумевает (по В.А.Гурьевой, В.Я.Семке, В.Я.Гиндикину) проведение следующих мероприятий (табл. 36).

Те же авторы рекомендуют для лечения психических и поведенческих расстройств у подростков следующие психотропные препараты (табл. 37).

По мнению Т.Б.Дмитриевой, психофармакотерапия патохарактерологических девиаций (психопатий) должна базироваться на преобладании гиперстенического или астенического радикалов. При преобладании гиперстенического показаны 1–2 нейролептика (аминазин, нейлептил, сонапакс, хлорпротиксен, галоперидол или лепонекс) в средних дозах и антидепрессанты (амитриптиллин, азафен,

*Таблица 37*

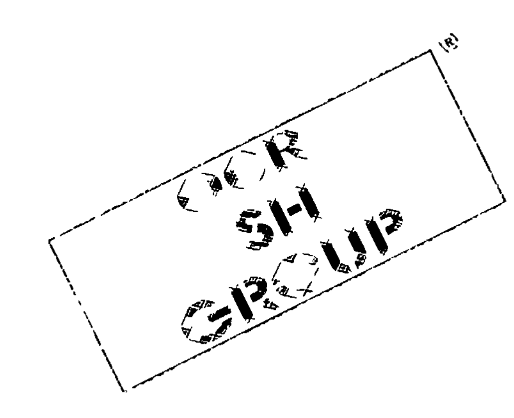
**Рекомендуемые дозы психотропных препаратов при лечении поведенческих расстройств у подростков**

| Название препаратов | Средние дозы (мг) | Высшие суточные дозы (мг) |
|---|---|---|
| **Транквилизаторы:** | | |
| элениум, нозепам, мезапам, сигнопам | 20 | 40 |
| сибазон | 15 | 30 |
| феназепам | 1 | 3 |
| грандаксин | 100 | 200 |
| **Антидепрессанты:** | | |
| амитриптиллин, мелипрамин, петилил, анафранил, людиомил | 50 | 150 |
| пиразидол, инказан, азафен | 75 | 200 |
| **Ноотропы:** | | |
| пирацетам (ноотропил) | 1200 | 2400 |
| пиридитол (энцефабол) | 400 | 800 |
| **Нейролептики:** | | |
| стелазин, трифтазин, френолон | 5 | 20 |
| этаперазин | 10 | 20 |
| галоперидол | 6 | 12 |
| лепонекс | 50 | 200 |
| хлорпротиксен | 50 | 150 |
| сонапакс | 30 | 100 |
| нейлептил | 10 | 30 |
| эглонил | 200 | 500 |
| аминазин | 75 | 400 |
| **Нормотимики:** | | |
| тегретол (финлепсин) | 300 | 600 |
| карбонат лития | 450 | 900 |

миансерин) в средних дозах, а также транквилизаторы и нормотимики. При доминировании астенического радикала – пирроксан и анаприлин в сочетании с антидепрессантами типа амитриптиллина, азафена или миансерина, а также транквилизаторы (феназепам или тазепам) и вальпроат натрия, финлепсин или фенибут.

**Коммуникативные девиации**, представляющие собой одну из наиболее часто встречающихся и многообразных групп отклоняющегося поведения в форме зависимостей, используя психофармакологическую поддержку в виде применения транквилизаторов (анксиолитиков), снимающих эмоциональный дискомфорт и тревогу, нуждаются в групповой психокоррекции. Целью терапии и коррекции коммуникативных девиаций является развитие коммуникативных навыков в сфере компетентности и толерантности. Основным методом психологической коррекции перечисленных коммуникативных девиаций является групповой *социально-психологический тренинг (тренинг общения)*. Л.А.Петровской предложен перцептивно ориентированный тренинг с использованием следующих принципов: 1) «здесь и теперь»; 2) персонификации высказываний; 3) акцентирования языка чувств; 4) активности; 5) доверительного общения; 6) конфиденциальности. В *принцип «здесь и теперь»* включается обсуждение и анализ события, происходящего непосредственно в группе в процессе общения. *Принцип персонификации высказываний* сводится к отказу от безличных речевых форм, помогающих в повседневном общении скрывать собственную позицию. *Принцип акцентирования языка чувств* заключается в требовании исключить из процесса общения оценочные категории, заменив их описаниями переживаемых эмоциональных состояний. *Принцип активности* подразумевает включенность в работу группы и обсуждение проблем, формируя в дальнейшем активную позицию в общении с людьми в противовес замкнутости и пассивности. *Принципы доверительного общения и конфиденциальности* относятся к техническим сторонам тренинга.

К механизмам перцептивно ориентированного тренинга Л.А.Петровская относит: подачу, адекватность, восприятие и информативность обратной связи. В процессе тренинга общения у девианта вырабатывается способность адекватно оценивать и понимать поведение окружающих и самого себя, избегать искажений в восприятии мира и самовосприятии.



# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Структура психических и поведенческих расстройств, с которыми приходится сталкиваться психиатрам и клиническим психологам в современных условиях, кардинально и стремительно изменяется. Существенно (особенно в амбулаторной консультативной практике) возрастает удельный вес поведенческих девиаций и расстройств, которые еще десять-пятнадцать лет назад представляли собой казуистику и исключение для практической психиатрии и психологии. К ним можно причислить патологические поведенческие стереотипы наркоманического, сексуального, религиозного или фанатичного поведения, выходящая за рамки психологически и социально объяснимой склонность к азартным играм, патологическая страсть к воровству, Интернет-зависимость, расстройства приема пищи и пр. Оценить в цифрах реальную распространенность перечисленных поведенческих расстройств и девиаций не представляется возможным, так как у специалистов отсутствуют традиции, знания и навыки их диагностики и дифференциальной диагностики, а также теоретические обоснования терапии и коррекции. Кроме того, нередко пациенты с подобными проблемами оказываются вне поля зрения психиатрии и психологии.

Несмотря на поставленные жизнью новые проблемы перед психиатрией и психологией, эффективность и обоснованность помощи при широко распространившихся специфических поведенческих расстройствах оказывается фактически незначительной по сравнению с терапией известных и изученных симптомов и заболеваний — психотических расстройств эндогенного и экзогенного происхождения, невротических и соматоформных, личностных и прочих традиционных психических расстройств. Можно утверждать, что психиатрия оказалась не вполне готовой к видоизменению структуры нарушений как в теоретическом, так и в практическом плане.

На настоящем этапе развития отечественной психиатрии насущной проблемой следует признать проблему изучения **расстройств зависимого поведения**. Именно психические и поведенческие нарушения, характеризующиеся доминантой зависимости («фетишезависимым поведением» по определению Б.М.Когана), составляют наименее разработанную в теоретическом плане и резистентную к терапии группу. В МКБ-10 расстройства зависимого поведения не выделены в отдельную рубрику. Видимо, этот факт связан с тем, что до настоящего времени всерьез не ставился вопрос о сходстве и истинной коморбидности всех форм патологического зависимого поведения, отсутствовали научные предпосылки утверждать, что механизмы их формирования едины, исследования проводились разрозненно по каждой из форм девиаций от-

дельно, не проводилось комплексных методически выверенных исследований. Несмотря на это, результаты отдельных работ (Менделевич В.Д., 1998; Андреев А.С., Ковалев А.И., Бухановский А.О. и др., 2001; Дереча В.А., 2001) указывают на тот факт, что вероятность существования единых этиопатогенетических механизмов расстройств зависимого поведения высока. Именно поиск доказательств существования этиопатогенетического единства и являлся целью настоящей монографии, основанной на проведенных автором совместно с учениками клинико-психопатологических и экспериментально-психологических исследованиях.

Классификация психических и поведенческих расстройств десятого пересмотра выделяет и позволяет диагностировать следующие формы поведения, которые можно отнести к зависимым:

**F1 — Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ**

- F10 ... алкоголя
- F11 ... опиоидов
- F12 ... каннабиоидов
- F13 ... седативных и снотворных веществ
- F14 ... кокаина
- F15 ... стимуляторов, включая кофеин
- F16 ... галлюциногенов
- F17 ... табака
- F18 ... летучих растворителей

**F5 — Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами.**

- F50 — расстройства приема пищи
- нервная анорексия
- нервная булимия
- F55 — злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости
- ... антидепрессантами
- ... слабительными
- ... анальгетиками
- ... средствами снижения кислотности
- ... витаминами
- ... стероидами или гормонами
- ... специфическими травами и народными средствами

**F60.7 — зависимое расстройство личности.**

**F63 — расстройства привычек и влечений.**

- патологическая склонность к азартным играм (гемблинг)
- патологические поджоги (пиромания)
- патологическое воровство (клептомания)
- трихотилломания

**F64 — расстройства половой идентификации.**

- трансвестизм двойной роли

**F65 — расстройства сексуального предпочтения (парафилии).**

- фетишизм

- фетишистский трансвестизм
- эксгибиционизм
- вуайеризм
- педофилия
- садо-мазохизм

**F91.2 – социализированное расстройство поведения.**

- расстройство поведения, групповой тип
- групповая делинквентность
- воровство в компании
- прогулы школы

**F93.0 – тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте.**

**F94.2 – расторможенное расстройство привязанности детского возраста.**

**F98.4 – стереотипные двигательные расстройства.**

Некоторые авторы (Бухановский А.О., 2001) помимо перечисленных расстройств в качестве базового для формирования зависимого поведения называют обсессивно-компульсивное расстройство, которое с нашей точки зрения не может считаться не только базовым, но и даже сходным с иными зависимыми по ряду параметров, отражающих известные психопатологические закономерности. Обсессивно-фобическое расстройство не может быть причислсно к группе расстройств с доминантой зависимости во-первых, по причине его исключительно психогенного характера (оно включено в группу F42), во-вторых и в главных, вследствие того факта, что расстройства зависимого поведения относятся к сфере психической патологии (pathos), а не заболевания (nosos), тогда как обсессивно-фобическое расстройство не может быть обозначено психической патологией в собственном смысле слова.

Как показывает анализ приведенного выше списка поведенческих расстройств, базовой характеристикой которых является зависимость (от веществ, людей, пищи, секса, различных событий или явлений), и сравнение МКБ-классифицируемых форм с практикой, он – список объектов и субъектов зависимости – не окажется исчерпывающим. В практической психиатрии, наряду с перечисленными, часто встречаются такие поведенческие зависимости, в том числе патологического характера, как: фанатизм (религиозный, спортивный, музыкальный), парасуицидальное поведение (патологическое увлечение экстремальными видами спорта), «паранойя здоровья» и некоторые другие, приводящие к психосоциальной дезадаптации, но не нашедшие своего места в современной квалификации поведенческих расстройств.

Противоречивость современной классификации расстройств зависимого поведения заключается еще и в том, что в некоторые рубрики МКБ-10 включены нарушения, проявления которых феноменологически не идентичны. К примеру, в рубрике F63 («расстройства привычек и влечений») гемблинг соседствует с пироманией и три-

хотилломанией. Подобное положение отражает переходный этап развития психиатрии и клинической психологии, во время которого происходит осмысление проблемы зависимостей. В связи с видимой противоречивостью ситуации можно предположить, что все же группирование расстройств привычек и влечений с иными формами зависимостей логично и обосновано. Видимо, следует обратить внимание на тот факт, что зависимости могут быть **системными**, т.е. охватывать все (или большинство) отношений личности с окружением (наркомания, алкоголизм, никотинизм, гемблинг, фанатизм) и **элементарными**, ограничивающимися узким кругом действий и поведенческих актов. Причем в рамках системных зависимостей происходит изменение ценностных ориентаций личности, некоторая «деформация личности», тогда как при элементарных подобного не происходит. Не исключено, что элементарные зависимости предшествуют системным (таких данных в литературе не было обнаружено), так как известна возрастная приоритетность зависимостей – патологические привычные действия характерны для детского, а аддикции – для подросткового возраста. Кроме того, можно предположить, что элементарные зависимости отражают психофизиологический, а системные – личностный уровень аддиктивного реагирования. Интерес представляет также коморбидность выделенных видов зависимостей.

Актуальными для развития психиатрии и клинической психологии, помимо проблемы выделения новой группы расстройств зависимого поведения и выявления единых механизмов их формирования, становятся вопросы о том: 1) какие клинико-психопатологические критерии следует заложить в основу диагностики расстройств зависимого поведения и их дифференциации с девиантными непатологическими формами зависимого поведения? 2) каковы механизмы формирования расстройств зависимого поведения – личностные, психогенные, экзогенные, эндогенные, смешанные? 3) существуют ли связи между девиантным зависимым поведением и расстройства зависимого поведения, т.е. имеется ли континуум между нормой и патологией или они сущностно различны как непсихотические и психотические нарушения? 4) соответствуют ли параметры зависимого поведения в рамках девиаций и расстройств известным характеристикам зависимой личности? 5) имеются ли корреляции между клиническими формами зависимого поведения и личностно-характерологическим радикалом? 6) существует ли патогенетическая связь между выраженностью (глубиной) личностно-характерологических девиаций – от акцентуаций до личностных расстройств – и вероятностью развития расстройств зависимого поведения?

Пока вопросов в сфере науки о зависимом поведении (**аддиктологии**) больше нежели ответов. Однако любое серьезное учение и отличается в первую очередь правильностью и точностью формулирования вопросов.

Накопленные психолого-психиатрические знания в области отдельных расстройств, которые можно отнести к зависимым (сексу-

альных, наркологических, привычек и влечений), а также данные, полученные в процессе собственных исследований, изложенные в данной монографии, позволяют предложить некоторые общие принципы выделения группы расстройств зависимого поведения (РЗП), наметить пути решения поставленных выше проблем и поиска ответов на сформулированные вопросы.

Учитывая тот факт, что в МКБ-10 отсутствует не прикладная характеристика зависимости, а приводятся лишь критерии зависимости в рубрике «психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ», обратимся к описанным критериям с целью выявить их универсальность. К признакам синдрома зависимости относят: 1) выраженную потребность или необходимость ... (принять вещество), 2) нарушение способности контролировать начало, окончание и ... дозировки (вещества), 3) физиологическое состояние отмены, 4) признаки толерантности, 5) прогрессирующее забвение альтернативных интересов, 6) продолжение употребления несмотря на очевидные вредные последствия.

Анализ большинства вышеприведенных параметров показывает, что несомненно можно обнаружить сходство, коморбидность всех клинических форм зависимостей. Замена слов «употребление веществами» на словосочетание «фиксация внимания на видах деятельности или объектах» не меняет сути явления. Следовательно, можно предположить, что это первое, что дает основание ставить вопрос о выделении группы расстройств зависимого поведения. Однако открытым остается вопрос о критериях *дифференциальной диагностики патологического от непатологического зависимого поведения, расстройств от девиаций*. Приведенные выше критерии не являются абсолютными и не позволяют проводить эффективную дифференциацию.

Наиболее спорным и неоднозначным представляется понятие патологического влечения к чему бы то ни было, разграничения, к примеру, употребления и злоупотребления психоактивными веществами. Теория психиатрии и клинической психологии к сожалению не предоставляет каких-либо научных критерии для их дифференциации. В настоящее время не имеется серьезных диагностических указаний на то, в каких случаях непатологическое, или физиологическое влечение (если таковое существует) сменяется патологическим. Продолжает использоваться нравственный или количественный подходы к решению данного вопроса. Под злоупотреблением (см. F1 и F55 по МКБ-10) подразумевается «употребление с вредными (...социальными и медицинскими) последствиями». Для квалификации данного процесса используются указания на «хроническое и неоправданное, связанное с ненужными затратами употребление», что нельзя признать обоснованным. В МКБ-10 отсутствует научно обоснованная регламентация оценки патологичности влечений. К примеру, критерии отличий патологической склонности к азартным играм, воровству, поджогам от непатологической содержат указания на «чрезмерность», «частоту», «повышенность интереса», «повторность», «отсутствие очевидных мотивов», «неспособность противо-

стоять желанию». В сексологии к перверсиям традиционно причисляют девиации на том основании, что «нетрадиционный путь становится единственным или доминирующим способом достижения сексуального удовлетворения», т.е. используется количественный принцип дифференциации качественно отличных явлений.

Сравнительный анализ различных клинических форм РЗП показывает, что сходным и возможно этиопатогенетически значимым диагностическим критерием их патологичности (а значит клинического уровня нарушений) является наличие эпизодов измененных состояний сознания при реализации зависимости. Результаты исследований сексопатологов убедительно демонстрируют, что парафилии, которые можно отнести к расстройствам зависимого поведения, в обязательном порядке включают в себя измененные состояния сознания в период попыток реализации оргастической разрядки (Ткаченко А.А., 1999). Сходные клинические проявления сопровождают религиозный фанатизм, социализированное расстройство поведения, стереотипные двигательные расстройства в детском возрасте, расстройства привычек и влечений. Следовательно, можно предполагать, что критерий измененных состояний сознаний в период реализации зависимости является основополагающим в диагностике данного расстройства. Феноменологически изменения сознания проявляются «особыми состояниями сознания» и «сумеречными расстройствами сознания». Известно, что механизмы данных расстройств сознания либо органические (наиболее часто эпилептического характера), либо психогенные, что может еще раз указывать на специфику сочетания данных факторов в происхождении зависимого поведения в целом.

Вопрос о признаках изменения сознания является крайне сложным, поскольку само понимание сознания противоречиво. Существуют десятки и даже сотни концепций сознания. Большинство авторов сходится в том, что измененные состояния сознания включают как минимум три разновидности: трансовые состояния (гипноз, самогипноз, ритуальный транс), особые состояния (сверхбодрствование, индуктивное, предсмертное) и состояние сна. Удачным и продуктивным следует признать обращение в ракурсе данной проблемы к исследованиям К.Ясперса о ясности и изменениях сознания, о которых мы указывали выше. По его представлениям существует четыре формальных признака сознания «Я»: 1) чувство деятельности — осознание себя в качестве активного существа; 2) осознание собственного единства: в каждый данный момент я сознаю, что я един; 3) осознание собственной идентичности: я остаюсь тем, кем был всегда; 4) осознание того, что «Я» отлично от остального мира, от всего, что не является «Я». Следовательно, на основании отклонения хотя бы одного из перечисленных признаков состояние сознания человека можно признавать измененным. И, если у него обнаруживается одна из разновидностей зависимостей, а изменение сознания связано или спровоцировано ею, то данный вид расстройства логично причислять к расстройствам зависимого поведения. Чаще

других при зависимостях отмечается изменение или утрата чувства деятельности. При этом индивид не ощущает, что способен контролировать собственное поведение. Он продолжает неадекватное (даже с его точки зрения, т.е. до определенной степени критически осмысляемое) действие, пытается реализовать зависимость с целью «эмоциональной разрядки» (оргазма или снятия дискомфорта) вопреки рациональному осмыслению поступка, прогнозированию его негативных результатов и последствий.

Приведенный выше критерий преодолимости и непреодолимости зависимости может явиться еще одним критерием дифференциальной диагностики патологического и непатологического зависимого поведения. Его анализ упирается в проблему дифференциации влечений и увлечений. Разница понятий «увлечение» и «влечение» (об этом также сказано в данной монографии) заключается в том, что увлечение характеризуется осознанностью цели и мотива, интеллектуализированными эмоциями, его динамика непрерывна, а не приступообразна, оно не осуществляются импульсивно, а появляется лишь после тяжелой борьбы мотивов. Влечения же обладают противоположными характеристиками, однако при усилении патологичности увлечений могут появляться признаки, сближающие увлечения с влечениями (Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я., 1994).

Мы намеренно исключили из исследовательской программы в рамках данной работы анализ большинства зависимостей, которые в МКБ-10 входят в рубрику «расстройства привычек и влечений». Это было сделано в связи со специфичностью перечисленных расстройств, отличающей их от иных форм зависимостей по механизмам формирования. С нашей точки зрения, различные виды маний (пиромания, дромомания, трихотилломания, дакномания) в значительно меньшей степени по сравнению с рассматриваемыми в данной монографии аддикциями связаны с личностным механизмом. В их основе наиболее значимой оказывается роль резидуального органического поражения головного мозга, а не характерологических девиаций. Однако по многим параметрам эти формы зависимого поведения сходны, в частности патологичностью и непреодолимостью влечений.

Примыкают (но не являются идентичными) к данной группе зависимостей психопатологические и поведенческие расстройства, обозначаемые как «филии» – патологические привязанности. Спектр филий широк и насчитывает десятки расстройств (к примеру, айлурофилия – патологическая привязанность к кошкам, тафофилия – патологическое влечение присутствовать на похоронах и др).

Особое место в ряду зависимостей занимают привычки и патологические привычные действия. Под привычкой понимается «образ действий, склонность, ставшая обычной и постоянной». Патологичность же привычек как правило основывается на социальной неодобряемости выбранной склонности (именно поэтому никотинизм или алкоголизм нередко обозначают «вредной привычкой»). Не вызывает сомнений тот факт, что многие патологические привычки

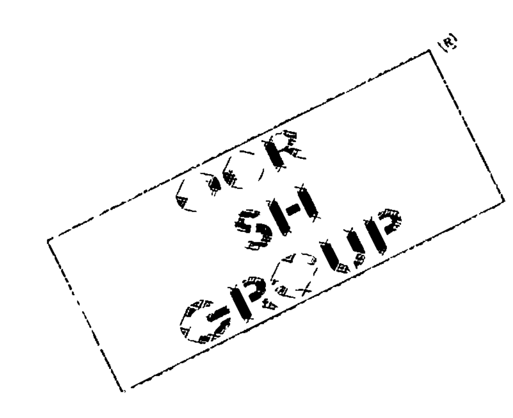
включают в себя свойства расстройств зависимого поведения (или являются ими) как на основании критерия непреодолимости влечения к выполнению какого-либо действия, так и на основании критерия измененных состояний сознания в момент реализации влечения. Дальнейшие углубленные сравнительные исследования могут пролить свет на связь между системными и элементарными зависимостями, на их сходства и различия.

Механизмы формирования зависимого поведения и коморбидности до настоящего времени остаются неясными. Высказываются взаимоисключающие точки зрения о роли церебральных, психогенных и личностных факторов в становлении данного вида поведенческих расстройств. Наиболее активно проблема этиопатогенеза зависимостей представлена в работах, посвященных сфере парафилий и наркологии и отстаивающих точку зрения о значимости врожденных или приобретенных церебральных отклонений. Противоположной точки зрения придерживаются психологи, изучающие гемблинг, интернет-зависимость, нарушения пищевого поведения, религиозный фанатизм и обнаруживающие личностные механизмы формирования девиаций поведения.

Вопрос о связи зависимого поведения и преморбидных личностных особенностей, в частности качеств зависимой личности также остается открытым. Немногочисленные исследования вопроса о связи зависимого поведения с характеристиками зависимой личности не позволяют до настоящего времени утверждать облигатность данной корреляции. Наши теоретические и экспериментальные исследования типичных психологических параметров зависимой личности позволили уточнить их и считать сущностными параметры, которые представлены в третьей главе монографии: инфантильность, внушаемость и подражательность, прогностическая некомпетентность, ригидность и упрямство, наивность, простодушие и чувственная непосредственность, любопытство и высокая поисковая активность, максимализм, эгоцентризм, яркость воображения, впечатлений и фантазий, нетерпеливость, склонность к риску и «вкус опасности», страх быть покинутым. Их этиопатогенез до конца не изучен. Имеются указания как на психологический, так и психофизиологический механизм их формирования.

Таким образом, приведенный выше анализ ситуации в области состояния теории и практики поведенческих расстройств, коморбидности зависимостей, показывает, что можно предполагать существование единого и универсального механизма патологического зависимого поведения. Видимо, в процессе социализации и с участием врожденных и приобретенных церебральных отклонений происходит становление черт зависимой личности. Не исключено, что важную роль играет обретение или необретение «опыта разлуки», возникающего в детском возрасте, и некоторых психофизиологических механизмов, приводящих к инфантилизму, повышенной внушаемости и психической ригидности. Процесс же формирования конкретного клинического варианта расстройств

зависимого поведения (наркотического, игрового, пищевого, сексуального, религиозного) во многом стихиен. Можно предполагать, что зависимая личность создает каркас, на который нанизываются зависимости-фетиши. Они могут быть устойчивыми (монофеноменологичными) и неустойчивыми (полифеноменологичными). Данные, представленные в книге, с нашей точки зрения, демонстрируют несомненную коморбидность некоторых форм расстройств зависимого поведения. Однако дальнейшее проведение углубленных комплексных клинико-психопатологических, экспериментально-психологических, психофизиологических и нейрохимических исследований позволят оценить насколько обоснована точка зрения о необходимости выделения особой группы расстройств зависимого поведения, объединенных единым этиопатогенетическим механизмом.



# ЛИТЕРАТУРА

*Александровский Ю.А.* Пограничные психические расстройства. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.

*Акберова С.А.* НЛП и эриксоновский гипноз при наркотических проблемах. – Казань, 2000. – 60 с.

*Альтшулер В.Б.* Патологическое влечение к алкоголю. – М., 1994.

*Андреев А.С., Ковалев А.И., Бухановский А.О. и др.* Болезнь зависимого поведения: клиническая картина, механизмы криминогенности и виктимности, судебно-психиатрический подход / Материалы 3 международной конференции «Серийные убийства и социальная агрессия». – Ростов н/Д, 2001. – С. 252–262.

*Анохина И.П.* Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ // Вопр. наркологии. – 1995. – №2. – С. 27–31.

*Анохина И.П., Балашов А.М., Коган Б.М., Панченко Л.Ф.* Роль опиатной системы в механизмах формирования алкогольной зависимости // Вопр. наркологии. – 1989. – №3. – С. 3–10.

*Антонян Ю.М., Бородин С.В.* Преступность и психические аномалии. – М., 1987. – 208 с.

*Антонян Ю.М., Гульдан В.В.* Криминальная патопсихология. – М., 1991. – 248 с.

*Анцыферова Л.И.* Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психолог. журн. – 1994. – №1. – С. 3–18.

*Асмолов А.Г.* Психология личности. – М., 1990.

*Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х.* Наркология. – М.: Медицина, 1987. – 336 с.

*Базылевич Т.Ф.* К проблеме задатков прогностических способностей // Психолог. журн. – 1994. – №6. – С. 90–99.

*Балабанова Л.М.* Судебная патопсихология. – М., 1998. – 432 с.

*Барденштейн Л.М., Можгинский Ю.Б.* Патологическое гетероагрессивное поведение у подростков. – М., 2000. – 239 с.

*Битенский В.С.* Клинические и терапевтические аспекты наркоманий в подростковом возрасте: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1991. – 36 с.

*Блейхер В.М., Крук И.В.* Патопсихологическая диагностика. – Киев: «Здоров'я», 1986. – 280 с.

*Боев И.В.* Пограничная аномальная личность. – Ставрополь, 1999. – 362 с.

*Бохан Н.А.* Клинико-патодинамические закономерности и терапия алкоголизма с коморбидным экзогенно-органическим пораже-

нием головного мозга: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Томск, 1999.

*Братусь Б.С.* Аномалии личности. – М., 1988. – 302 с.

*Братусь Б.С., Сидоров П.И.* Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. – М., 1984. – 144 с.

*Брушлинский А.В.* Мышление и прогнозирование. – М., 1979. – 230 с.

*Брюн Е.А.* Введение в антропологическую наркологию // Вопр. наркологии. – 1993. – №1. – С. 72–78.

*Букановская Т.И.* Анализ структуры личности и новые подходы к психотерапевтической работе с больными опийной наркоманией // Вопр. наркологии. – 1999. – №4. – С. 46–49.

*Бурлачук А.Ф., Коржова Е.Ю.* Психология жизненных ситуаций. – М., 1998. – 263 с.

*Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е.* Общая психопатология. – Ростов н/Д: Феникс, 1998. – 416 с.

*Валентик Ю.В.* Континуальная психотерапия больных алкоголизмом: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1993.

*Валентик Ю.В., Вострокнутов Н.В., Гериш А.А. и др.* Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами // Соц. и клин. психиатр. – 2002. – №2. – С. 31–35.

*Василюк Ф.Е.* Психология переживания. – М., 1984. – 200 с.

Вероятностное прогнозирование в деятельности человека / Под ред. И.М.Фейгенберга, Г.Е.Журавлева. – М., 1977. – 392 с.

*Вилюнас В.К.* Психологические механизмы биологической мотивации. – М., 1986. – 208 с.

*Волков Е.Н.* Основные модели контроля сознания (реформирования мышления) // Журн. практ. психолога. – М.: Фолиум, 1996. – №5. – С. 86–95.

*Вострокнутов Н.В., Пережогин Л.О.* Волевые расстройства у подростков – пользователей Internet / Проблемы девиантного поведения молодежи в современном обществе. – СПб, 2001. – С. 27.

*Ганнушкин П.Б.* Избранные труды. – М., 1964. – 292 с.

*Гилинский Я.И., Афанасьев В.В.* Социология девиантного (отклоняющегося) поведения. – СПб, 1993.

*Гиндикин В.Я.* Лексикон малой психиатрии. – М.: Триада-Х, 1997. – 576 с.

*Гиндикин В.Я., Гурьева В.А.* Личностная патология. – М., 1999. – 266 с.

*Гоголева А.В.* Аддиктивное поведение и его профилактика. – М. – Воронеж: МОДЕК, 2002. – 240 с.

*Гульдан В.В., Иванников В.А.* Особенности формирования и использования прошлого опыта у психопатических личностей // Журн. невропат. и психиатр., 1974. – №12. – С. 1830–1836.

*Гулямов М.Г., Погосов А.В.* Наркомания. – Душанбе: Ирфон, 1987. – 112 с.

*Гурвич И.Н., Русакова М.М., Яковлева А.А.* Молодежная наркотизация / Проблемы девиантного поведения молодежи в современном обществе. – СПб, 2001. – С. 32.

*Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я.* Психопатология подросткового возраста. – Томск, 1994. – 310 с.

*Дмитриева Т.Б.* Динамика психопатий (клинические варианты, биологические механизмы, принципы терапевтической коррекции): Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Л. – 1990. – 46 с.

*Дорфман Л.Я.* Метаиндивидуальный мир. – М., 1995.

*Дроздов Э.С.* О роли эфедроновой интоксикации в клинической картине шизофрении // Вопр. наркологии. – 2001. – №6. – С. 26–29.

*Дудко Т.Н.* Система основных принципов построения лечебно-реабилитационного процесса в наркологии // Вопр. наркологии. – 1999. – №2. – С. 28–34.

*Елшанский С.П.* Психосемантические аспекты нарушений структурирования внутреннего опыта у больных опийной наркоманией: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 1999. – 24 с.

*Елшанский С.П., Максимов В.В.* Особенности психосемантических связей у табакокурильщиков // Вопр. наркологии. – 2001. – №6. – С. 60–65.

*Завьялов В.Ю.* Пьющий мужчина. Дианализ трудных вопросов жизни. – Новосибирск: КАРБИОЛЕТ–Транссиб, 2000. – 288 с.

*Зайцев В.В.* Патологическая склонность к азартным играм – новая проблема российской психиатрии // Соц. и клин. психиатр. – 2000. – №3. – С. 52–56.

*Залевский Г.В., Семке В.Я.* Клинико-социальные и биологические аспекты адаптации. – Красноярск. – 1990. – С. 69–70.

*Зиновьев С.В.* Психические расстройства, ассоциированные с употреблением психоактивных веществ – «коморбидность» или «наднозологическая форма» / Проблемы девиантного поведения молодежи в современном обществе. – СПб. – 2001. – С. 46.

*Иванец Н.Н., Валентик Ю.В.* Алкоголизм. – М.: Наука, 1988.

*Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М.* Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – М.: Медицина, 1983. – 310 с.

*Калинин В.В.* Коморбидность в психиатрии: взгляд на проблему // Медицина сегодня. – 2002. – №7. – С. 34.

*Карвасарский Б.Д.* Медицинская психология. – Л.: Медицина, 1982. – 272 с.

*Карпов А.М.* Образовательно-воспитательные основы профилактики и психотерапии наркомании. – Казань: Медицина, 2000. – 36 с.

*Клейберг Ю.А.* Психология девиантного поведения. – М.: Сфера, 2001. – 160 с.

Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств / Под ред. В.Н.Краснова и И.Я.Гуровича. – М., 1999. – 223 с.

*Ковалев В.В.* Психиатрия детского возраста. – М.: Медицина, 1979. – 608 с.

*Коган Б.М.* Состояние катехоламиновой нейромедиации при алкоголизме: Дис. ... докт. биол. наук. – М., 1988.

Когнитивная психотерапия расстройств личности / Под ред. А.Бека и А.Фримена. – СПб: Питер. – 2002. – 544 с.

*Козлов А.А.* Клинические проявления изменений личности у больных наркоманиями: Дис. ... канд. мед. наук, М., 1999.

*Козлов А.А., Рохлина М.Л.* «Наркоманическая» личность // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова., 2000. – №7. – С. 23–27.

*Кондрашенко В.Т.* Девиантное поведение у подростков. – Минск. – 1988. – 207 с.

*Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В.* Нервная анорексия. – М., 1986. – 176 с.

*Коробейников И.А.* К статье Е.А.Брюна «Введение в антропологическую наркологию» // Вопр. наркологии. – 1993. – №1. – С. 79.

*Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В.* Социодинамическая психиатрия. – М.: Академический проект, 2000. – 460 с.

*Короленко Ц.П., Донских Т.А.* Семь путей к катастрофе. – Новосибирск, 1990. – 224 с.

*Короленко Ц.П., Завьялов В.Ю.* Личность и алкоголь. – Новосибирск, 1987. – 168 с.

*Кошкина Е.А., Оруджев Н.Я.* Особенности социальной адаптации детей и подростков, употребляющих психоактивные вещества // Вопр. наркологии, 1998. – №4. – С. 46--54.

*Кулагина Н.Е.* Варианты течения и клинических проявлений эфедроновой и первитиновой наркомании: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1992.

*Кулаков С.А.* Диагностика и психотерапия аддиктивного поведения у подростков. – М.: Фолиум, 1996. – 70 с.

*Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К.* Медицинская психология. – М.: Медицина, 1984. – 272 с.

Лекции по наркологии / Под ред. проф. Н.Н.Иванца. – М.: Нолидж, 2000. – 448 с.

*Леонгард К.* Акцентуированные личности. – Киев., 1981. – 392 с.

*Либин А.В.* Дифференциальная психология. – М., 1999. – 532 с.

*Личко А.Е.* Подростковая психиатрия. – М., 1985. – 416 с.

*Личко А.Е., Битенский В.С.* Подростковая наркология. – Л., 1991. – 304 с.

*Ломов Б.Ф.* Вопросы общей, педагогической и инженерной психологии. – М., 1991. – 296 с.

*Ломов Б.Ф., Сурков Е.Н.* Антиципация в структуре деятельности. – М., 1980. – 280 с.

*Максимова Н.Ю.* Психологическая профилактика алкоголизма и наркоманий несовершеннолетних. – Ростов н/Д: «Феникс», 2000. – 384 с.
*Менделевич В.Д.* Психиатрическая пропедевтика. – М.: Медицина-ТЕХЛИТ, 1997. – 496 с.
*Менделевич В.Д.* Клиническая и медицинская психология. – М.: МЕДпресс-информ, 4-е изд., 2002. – 592 с.
*Менделевич В.Д.* Психология девиантного поведения. – М.: МЕД-пресс, 2001. – 432 с.
*Менделевич В.Д.* Транскультуральная психотерапия / В кн: «Руководство по социальной психиатрии» / Под ред. акад. Т.Б.Дмитриевой. – М.: Медицина, 2001. – С. 400–415.
*Менделевич В.Д., Авдеев Д.А., Киселев С.В.* Психотерапия «здравым смыслом». – Чебоксары, 1992. – 76 с.
*Менделевич В.Д., Кулагин А.Т.* Особенности никотинизма у больных шизофренией // Казанский мед. журн. – 1991. – №1. – С. 36–39.
*Менделевич В.Д., Овруцкий Л.М.* Тернистый путь к трезвости. Метод. рекомендации. – Казань: Знание, 1985. – 22 с.
*Менделевич В.Д., Сахаров Е.А.* Вариант опосредованной психотерапии в лечении алкоголизма / Материалы республиканской научно-практической конференции «Современные методы диагностики и лечения», Казань–Тетюши, 1993. – ч. 3. – С. 78–79.
*Менделевич В.Д., Соловьева С.Л.* Неврозология и психосоматическая медицина. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с.
*Москаленко В.Д.* Зависимость: семейная болезнь. – М.: ПЕР СЕ, 2002. – 336 с.
*Москаленко В.Д.,* Валентик Ю.В. Общество анонимных алкоголиков в США: подход и терапевтические возможности // Вопр. наркологии. – 1989. – №2. – С. 51–56.
*Надеждин А.В.* Феноменология и психопатология расстройств общего чувства при опийной наркомании: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1995. – 150 с.
*Найденова Н.Г.* Компульсивное влечение к наркотикам в клинике наркомании: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1975. – 22 с.
*Найденова Н.Г.* Клиника и лечение кетаминовой токсикомании // Соц. и клин. психиатр. – 2000. – №3. – С. 59–62.
*Негериш Н.В.* Основные принципы и приемы проведения групповой психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ // Вопр. наркологии, 1999. – №2. – С. 57–61.
*Оруджев Н.Я.* Адаптация детей и подростков, потребителей психоактивных веществ: Дис. ... канд. мед. наук., М., 1998. – 202 с.
*Петровский В.А.* Психология неадаптивной активности. – М.: ТОО Горбунок, 1992. – 224 с.
*Платонов К.К.* Структура и развитие личности. – М., 1986. – 256 с.
*Пезешкиан Н.* Позитивная семейная психотерапия. – М., 1993.

*Пелипас В.Е.* Этические проблемы в практической наркологии // Вопр. наркологии. – 1998. – №1. – С. 75–94.
*Погосов А.В., Мустафетова П.К.* Опийные наркомании: история учения, этнокультуральные аспекты, клиника, лечение. – М.: Белые альвы, 1998. – 192 с.
*Попов Ю.В.* Концепция саморазрушающего поведения как проявления дисфункционального состояния личности // Обозрение психиатр. мед. психолог. – 1994. – №1. – С. 6–13.
*Попов Ю.В.* Проблема девиаций сексуального поведения подростков в современной России / Проблемы девиантного поведения молодежи в современном обществе. – СПб, 2001. – С. 82.
*Попов Ю.В., Вид В.Д.* Современная клиническая психиатрия. – СПб: Экспертное бюро, 1997. – 496 с.
*Пожар Л.* Психология аномальных детей и подростков – патопсихология. – М. – Воронеж., 1996. – 128 с.
Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С.Даулинга. – М.: Класс. – 2000. – 240 с.
*Пятницкая И.Н.* Наркомании. – М.: Медицина. – 1994. – 554 с.
*Романова О.Л.* Этиология зависимостей от психоактивных веществ у подростков и теоретические основы их первичной профилактики: обзор зарубежной литературы // Вопр. наркологии. – 1996. – №3. – С. 97–108.
*Ротенберг В.С., Аршавский В.В.* Поисковая активность и адаптация. – М.: Наука, 1984. – 192 с.
*Рохлина М.Л., Козлов А.А., Каплан И.Я.* Клинико-социальные последствия наркоманий // Вопр. наркологии. – 1998. – №1. – С.11–20.
*Семке В.Я.* Превентивная психиатрия. – Томск., 1999. – 403 с.
*Сидоров П.И., Парняков А.В.* Введение в клиническую психологию (в 2-х томах). – М., 2000.
*Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Хажилина И.И., Видерман Н.С.* Профилактика наркомании у подростков. – М.: Генезис, 2001. – 216 с.
*Смирнов В.К.* Клиника, терапия больных табачной зависимостью и основы ее комплексной профилактики среди населения: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1987.
*Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Тхостов А.Ш. и др.* Депрессия и коморбидные расстройства. М., 1997. – С. 28–53.
*Соколова Е.Т.* Самосознание и самооценка при аномалиях личности. – М., 1989. – 215 с.
*Софронов А.Г., Корчагин А.А.* О «двойном диагнозе» у больных наркоманией / Проблемы девиантного поведения молодежи в современном обществе. – СПб, 2001. – С. 96.
*Тактаров В.Г., Новиков И.А.* Подходы к стационарной реабилитации наркологических больных // Вопр. наркологии. – 2001. – №6. – С. 48–50.

*Ткаченко А.А.* Аномальное сексуальное поведение. – М., 1997. – 426 с.

*Ткаченко А.А.* Сексуальные извращения – парафилии. – М., 1999. – 461 с.

*Трайнина Е.Г.* Особенности аутоагрессивных проявлений и расстройств при некоторых формах полинаркоманий: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1984.

*Тузикова Ю.Б.* Особенности формирования и течения героиновой наркомании у больных с преморбидной личностной патологией // Вопр. наркологии. – 2001. – №5. – С. 26–34.

*Тхостов А.Ш.* Психология телесности. – М.: Смысл. – 2002. – 287 с.

*Ураков И.Г., Пелипас В.Е., Мирошниченко Л.Д.* Динамика распространенности наркоманий в СССР // Вопр. наркологии. – 1989. – №4. – С. 50–54.

*Фейгенберг И.М.* Нарушения вероятностного прогнозирования при шизофрении // Шизофрения и вероятностное прогнозирование. – М., 1973. – С. 5–19.

*Фейгенберг И.М.* Порог вероятностного прогнозирования и его изменения в патологии // Вероятностное прогнозирование в деятельности человека. – М., 1977. – С. 169–188.

*Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Г., Хайман С.Е.* Наркология (пер. с англ.) – М., СПб: БИНОМ, 2000. – 320 с.

*Цетлин М.Г., Пелипас В.Е.* Реабилитация наркологических больных: концепция и практическая программа. – М., 2000. – 36 с.

*Чирко В.В.* Закономерности течения и исходов наркоманий и токсикоманий, начавшихся в молодом возрасте (в свете отдаленного катамнеза): Автореф. дис. ... докт. мед. наук, М., 2001. – 33 с.

*Чирко В.В., Дроздов Э.С.* О клинической типологии зависимости от психоактивных веществ у больных эндогенными психозами // Вопр. наркологии. – 2001. – №5. – С. 40–44.

*Чудновский В.С., Кржечковский А.Ю., Можейко А.А.* Самосознание подростков с гармоничным и отклоняющимся поведением. – Ставрополь., 1993. – 141 с.

*Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю.* Наркомании. – СПб, 2000. – 368 с.

*Шакуров Р.Х., Гарифуллин Р.Р.* Психологические основы профилактики наркомании среди учащихся. – Казань: Школа, 2002. – 200 с.

*Шостакович Б.В., Горинов В.В., Пережогин Л.О.* Способ диагностики степени выраженности волевых расстройств в судебно-психиатрической клинике // Соц. и клин. психиатр. – 2000. – №3. – С. 42–49.

*Шостакович Б.В., Матвеев В.Ф.* Психопатии и патохарактерологические развития / Руководство по психиатрии. М.: Медицина., 1988. – Т.2. – С. 301–349.

*Шостакович Б.В., Ткаченко А.А.* Эксгибиционизм. – Таганрог: Сфинкс, 1991. – 200 с.

*Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.* Психология и психотерапия семьи. – СПб, 1999. – 656 с.

*Юм Г.* Дети с отклонениями. – Кишинев: Штинница, 1987. – 175 с.

*Ялом И.* Экзистенциальная психотерапия. – М., 1999. – 576 с.

*Ясперс К.* Общая психопатология. – М., 1997. – 1056 с.

*Яхин К.К., Менделевич В.Д.* Клинический опросник для выявления ранних признаков алкоголизма // Казанский мед. журн. – 1987. – №1. – С. 38–42.

*Bowlby J.* Attachment and loss. – NY: Macmillan, 1969.

*Cioninger S.C.* Theories of Personality. – NY: Prentice Holl, 1996.

*Craddock S.G., Rounds-Bryants J.L., Flynn P.M., Hubbard R.L.* Characteristics and pretreatment behaviors of clients entering drug abuse treatment: 1969 to 1993 // Amer. J. Drug Alcohol. Abuse. – 1997. – Vol. 23. – №1. – P. 43–59.

*Crits-Christoph P., Siqueland L.* Psychological treatment for drug abuse. Selected review and recommendations for national health care // Arch. Gen. Psychiatry. – 1996. – Vol. 53. – №8. – P. 749–756.

*Crocq M-A.* Депрессия и алкоголь // WPA. Бюллетень по большой депрессии. – 2001. – Vol. 5. – №23. – P. 3–6.

*Dorus W., Senay E.* Depression, demographic dimension and drug abuse // Amer. J. Psychiatry. – 1980. – Vol. 137. – P. 699–704.

*Esman A.H.* Dependent and passive-aggressive personality disorders / In: «The personality disorders and neuroses», A.M.Cooper, A.J.Frances, M.H.Sacks. – NY: Basic Books, 1986.

*Frances A.* Dependence and Attachment // J. of Personality Disorders. – 1988. – Voi. 2. – P. 125.

*Greenberg R.P., Bornstein R.F.* The dependence personality: Risk for the psychological disorders // J. of Personality Disorders. – 1988. – Vol. 2. – P. 136–143.

*Gold M.S., Slaby A.E.*, eds. Dual Diagnosis in Substance Abuse. – NY: Marcel Dekker, 1991.

*Kernberg O.* Severe Personality Disorders. – New Haven, CT: Yale University Press, 1984.

*Khantzian E.J.* Opiate addiction: A critique of theory and some implications for treatment // Amer. J. Psychiatry. – 1974. – Vol. 28. – P. 59–70.

*Khantzian E.J.* Substance dependence, repetition and the nature of addictive suffering. – Typescript, 1989.

*Krystal J.H.* Assessing alexithymia / In: «Integration and Self-Healing». – NY: Analytic Press. – 1988. – P. 286–310.

*La Buda M.C., Svikis D.S., Pickens R.W.* Twin closeness and co-twin risk for substance use disorders: assessing the impact of the equal environment assumption // Psychiatry Res. – 1997. – Vol. 70. – №3. – P. 155–164.

*Levy D.* Maternal overprotection. – NY: Norton, 1966.

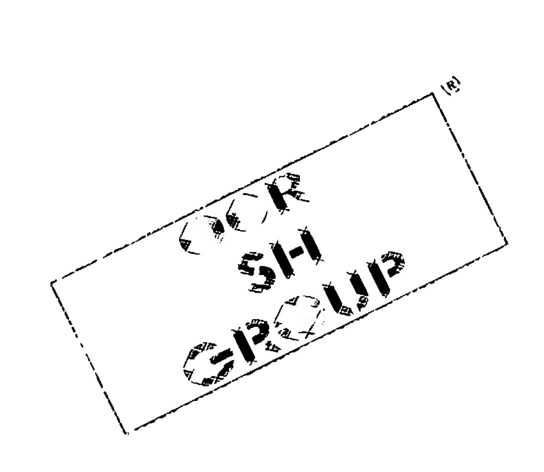
*McLellan A.T.* Psychiatric severity as a prediction of outcome from substance abuse treatment / In: «Psychopathology and Affective Disorders». – NY: The Guilford Press,1986.
*Meyer R.E.* How to understand the relationship between psychopathology and addictive disorders: another example of the chicken and egg / In: «Psychopathology and Affective Disorders». – NY: The Guilford Press, 1986.
*Moussaoui D.* От редактора // WPA. Бюллетень по большой депрессии. – 2001. – Vol. 5. – №23. – P. 1.
*Pilkonis P.* Personality prototypes among depressives: Themes of dependency and autonomy // J. of Personality Disorders. – 1988. – Vol. 2. – P. 144–152.
*Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S. et al.* Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the epidemiological catchment area study // JAMA. – 1990. – Vol. 264. – P. 2511.
Sourse book of substance abuse and addiction. Наркология / Под ред. Л.Фридман, Н.Флеминг, Д.Робертс, С.Хайман. – М.: БИНОМ, СПб: Невский Диалект. – 2000. – 320 с.
*Sullivan P.F., Kendler K.S.* Сочетаемость никотиновой зависимости и большой депрессии // WPA. Бюллетень по большой депрессии. – 2001. – Vol. 5. – №23. – P. 8–9.
*Vhantrian E.J.* The self-stimulation hypotheses of addictive disorders // Amer. J. Psychiatry. – 1985. – Vol. 142. – №11. – P. 1259–1264.
*Weiss R.D., Collins D.A.* Substance abuse and psychiatric illness // Amer. J. Addict. – 1992. – Vol. 1. – P. 93.
*West M., Sheldon A.E.R.* Classification of pathological attachment patterns in adults // J. of Personality Disorders. – 1988. – Vol. 2. – P. 153–159.
*Wurmser L.* The role of superego conflicts in substance abuse and their treatment // Int. J. Psychoanal. Psychother. – 1984. – Vol. 10. – P. 227–258.

**Владимир Давыдович Менделевич**

**НАРКОЗАВИСИМОСТЬ И КОМОРБИДНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ**

Ответственный редактор: *Е.Г.Чернышова*
Корректор: *Ю.М.Викторова*
Компьютерный набор и верстка: *С.А.Шацкая, Д.А.Демагин*

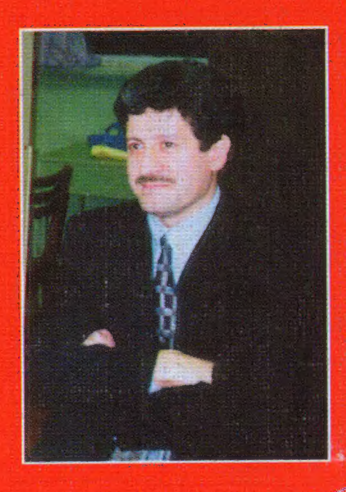



Лицензия ИД №04317 от 20.04.01 г.
Подписано в печать 28.02.03. Формат 84x108/32.
Бумага газетная. Печать офсетная. Объем 10,25 п.л.
Гарнитура Таймс. Тираж 2000 экз. Заказ №766.

Издательство «МЕДпресс-информ».
107140, Москва, ул. Краснопрудная, д.1, стр. 1
Для корреспонденции: 105062, Москва, а/я 63
E-mail: medpress@mtu-net.ru
www.med-press.ru

Отпечатано с готовых диапозитивов в ФГУП
«Производственно-издательский комбинат ВИНИТИ»,
140010, г. Люберцы Московской обл., Октябрьский пр-т, 403.
Тел. 554-21-86





**Менделевич Владимир Давыдович**

www.medpsy.mailru.com

Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой медицинской и общей психологии Казанского государственного медицинского университета (420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 49; www.medpsy.bizland.com), сертифицированный врач-психиатр высшей категории, клинический психолог, психотерапевт, сексопатолог, вице-президент Российской ассоциации позитивной психотерапии. Автор более 270 научных работ, 17 монографий, многочисленных публикаций в центральной печати. Наиболее известные работы В.Д.Менделевича: «Психиатрическая диагностика» (Казань, 1991), «Психопатология климакса» (Казань, 1992), «Психотерапия здравым смыслом» (Чебоксары, 1992), «Гинекологическая психиатрия» (Казань, 1996), «Психиатрическая пропедевтика» (М., 1995, 1997), «Клиническая и медицинская психология» (М., «МЕДпресс», 1998, 1999, 2001), «Недоношенные дети в детстве и отрочестве» (М., 2001 в соавт.), «Психология девиантного поведения» (М., «МЕДпресс», 2001), «Неврозология и психосоматическая медицина» (в соавт. с С.Л.Соловьевой; М., «МЕДпресс-информ», 2002), «Психология зависимой личности» (в соавт. с Р.Г.Садыковой; Казань, 2002). Автор антиципационной концепции неврозогенеза и психотерапевтической методики – антиципационный тренинг. Научный руководитель Реабилитационного центра для лиц с наркотической зависимостью «Надежда» Республики Татарстан.